

Utvikling og testing av et spørreskjema for å kartlegge skjerming som metode i psykisk helsevern

En pilotstudie

Siri Ødegaard Fossum



Masteroppgave ved
Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn,
Avdeling for sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

4. november 2011

© Siri Ødegaard Fossum

2011

Kartlegging av skjerming som metode i psykisk helsevern – en pilotstudie

Siri Ødegaard Fossum

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Siri Ødegaard Fossum	Dato: 4. november 2011
Tittel og undertittel: Utvikling og testing av et spørreskjema for å kartlegge skjerming som metode i psykisk helsevern. En pilotstudie.	
Formål: Hensikten med denne studien er å utvikle et spørreskjema som kartlegger begrepet skjerming, og deretter pilotteste dette blant miljøpersonale som arbeider i psykiatriske avdelinger med skjerming av pasienter. Studien ønsker også å undersøke om det er forskjell i skjermingspraksis mellom akutt- og lukkede langtidsavdelinger og mellom to sykehus. Til sist er det ønskelig å undersøke om praksis er forskjellig i forhold til tre pasientcase.	
Bakgrunn: Skjerming er en metode som brukes i norske psykiatriske døgnavdelinger. Det norske begrepet "skjerming" er ikke nøyaktig det samme som det engelske "seclusion". Definisjonen av skjerming i denne avhandlingen er den norske forståelsen av begrepet. Skjerming betyr at pasienten må forlate fellesmiljøet på avdelingen, og være på et eget rom eller avsnitt sammen med personalet. Formålet med å skjerme en pasient er å redusere stimuli og roe personen ned. Skjerming er ofte brukt i forbindelse med at pasienter er psykotiske, maniske, forvirrete eller potensielt farlige. Hvordan skjerming praktiseres, varierer mellom ulike avdelinger og sykehus i Norge, både pasientgrupper som skjerms og hvordan skjermingen gjennomføres.	
Metode: Studien har en kvantitativt beskrivende design av type survey. En systematisk metode for spørreskjema utvikling ble anvendt for å utvikle et strukturert spørreskjema. Spørreskjemaet ble pretestet på en gruppe eksperter og klinikere, og deretter pilottestet ved åtte akutt- og langtidspsykiatriske poster ved to sykehus.	
Resultater: Det kom inn 87 svar på pilottesten (26,3 %). Man fant at 8 faktorer utspilte seg i materialet; I. Tilrettelegging av skjerming, II. Begrense kontakt med omverdenen, III. Bruk av tvang, IV. Redusere inntrykk, V. Aktivitet med tanke på avledning, VI. Tilsyn, VII. Fysisk adskillelse og VIII. Frivillig skjerming/hviletid på rommet. Faktorene gjenspeiler hva man finner i litteraturen. Spørreskjemaet ser ut til å ha akseptabel validitet og reliabilitet, og det ser ut til å være egnet til å skille mellom ulike pasientcase, avdelinger og sykehus.	
Konklusjon: Før oppstart av en senere kartleggingsundersøkelse bør man revidere spørreskjemaet i tråd med forslagene i diskusjonen og konklusjonen. Skjemaet bør pilottestes på nytt i et større utvalg der hovedfokus er videre validering og reliabilitetstesting.	
Nøkkelord: Skjerming, psykiatrisk avdeling, miljøpersonale, spørreskjema, pilotstudie.	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Siri Ødegaard Fossum	Date: 4 th November 2011
Title and subtitle: Development and testing of a Questionnaire to assess Seclusion in mental health in Norway. A pilot study.	
Objective: The purpose of this study is to develop a questionnaire which assesses the concept of seclusion. The questionnaire is then pilot tested on staff working in psychiatric care units which use seclusion of patients. Furthermore, the study aims to explore if there is a difference between the seclusion practice of acute and long-term wards. Lastly, the scores on three different patient cases are compared to see if there are differences on a case to case basis (i.e. which types of patients who are secluded).	
Background: Seclusion is a method commonly used in Norwegian psychiatric care units. The Norwegian term "skjerming" does not have the exact same meaning as seclusion. The definition of seclusion in this paper is the Norwegian understanding of the concept: The patient is removed from the common environment of the ward and placed in a separate room or section together with a representative from the staff. The purpose of secluding a patient is to reduce the stimuli and to calm the person down. Seclusion is commonly used for patients who are psychotic, manic, confused or potentially dangerous. The practice of seclusion varies between different hospitals and wards, both in terms of the patient group being secluded and how the seclusion is implemented.	
Methods: The study has a quantitative, descriptive survey design and a systematic method for questionnaire development has been utilized to develop a structured questionnaire. The questionnaire was pretested on a group of experts and clinicians, and then pilot tested at eight psychiatric care units at two hospitals.	
Results: A total of 87 persons answered the questionnaire in the pilot testing (a response rate 26.3 %). Eight different factors were identified in the material; I. Facilitation of "skjerming", II. Limiting contact with the outside world, III. Use of coercion, IV. Reducing the stimuli, V. Activity in terms of diversion, VI. Frequency of supervision, VII. Physical separation and VIII. Voluntary "skjerming"/resting in patients own room. The questionnaire seems to have acceptable validity and reliability, and it seems to be able to discriminate between different patient cases, units and hospitals.	
Conclusion: Before using this questionnaire in further research, it should be developed in accordance with suggestions mentioned in the discussion and the conclusion. Thereafter, a new pilot test on a larger sample should be conducted. The main focus of this test should be to further assess the validity and reliability.	
Key words: Seclusion, psychiatric wards, staff, survey, pilot study.	

Forord

Denne oppgaven ble skrevet i håp om å kunne bidra til litt kunnskap om skjermingsmetodens innhold. Prosessen har vært interessant og lærerik. Å lage en masteroppgave som inkluderer utarbeidelse av et spørreskjema er et krevende arbeid, og i den forbindelse er det mange som har støttet og oppmuntret meg. Nå har tiden kommet for å takke alle som har bidratt til at denne oppgaven ble gjennomført.

Først og fremst må jeg få takke mine veiledere Nina Aarhus Smeby og Torleif Ruud. Nina, takk for at du har delt av din erfaring og kompetanse som sykepleier. Ditt store engasjement i veiledningen og for faget har vært til stor hjelp i arbeidet med denne oppgaven. Takk for dine gode råd og tilbakemeldinger, omsorg og støtte som du har gitt meg! Torleif, takk for god veiledning, gode forslag og tilbakemeldinger. Jeg er spesielt takknemlig for den gode hjelpen med analyse og metode. Prosessen har vært svært lærerik, og din tålmodighet har vært enestående!

Frøydis; tusen takk for særdeles god hjelp med gjennomlesning og redigering. Jeg aner ikke hva jeg skulle gjort uten deg! Og takk til Bjarte for at du hjalp meg med identifisering og ”vasking” av dialektord og andre ortografiske rariteter! Tonje, takk for at du tok deg tid til å hjelpe meg med det engelske sammendraget! Og takk til medstudent Kristin for nyttige tips og gode artikler om skjerming!

Familien min fortjener også en takk. Mamma og Pappa fordi dere alltid stiller opp for meg og støtter meg i de valgene jeg gjør, og Ørjan fordi du alltid vil være verdens beste!

Til slutt må jeg få takke mine gode kolleger på 3C som har gitt støtte og oppmuntring underveis i prosjektet!

Raufoss 4. november 2011

Siri Ødegaard Fossum

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn	1
1.2	Presentasjon av studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål.....	3
1.2.1	Hensikt	3
1.2.2	Problestilling og forskningsspørsmål	4
1.2.3	Pilotstudiens metodologiske målsetning	4
1.3	Begrepsavklaringer og avgrensninger i oppgaven.....	5
1.4	Oppgavens oppbygning	6
2	LITTERATURGJENNOMGANG.....	7
2.1	Søk etter litteratur	7
2.2	Utvikling av skjermingspraksis	7
2.2.1	Psykiatrien og skjermingsmetodens utvikling – et historisk tilbakeblikk.....	7
2.2.2	Skjerming og lovverket	9
2.2.3	Begrunnelser for skjerming	11
2.2.4	Hvem er den psykiatriske pasienten?	12
2.2.5	Den psykiatriske avdelingen	13
2.2.6	Hyppighet av skjerming	14
2.2.7	Skjerming og seclusion – skjerming i internasjonal litteratur.....	15
2.2.8	Innholdet i skjermingsmetoden	15
2.3	Opplevelse av skjerming og seclusion.....	17
2.3.1	Personalets opplevelse av skjerming.....	17
2.3.2	Pasientenes opplevelse av skjerming	18
2.4	Forståelse av og teorier som ligger til grunn for skjerming	21
2.4.1	Miljøterapi.....	21
2.4.2	Teorier om grensesetting	23
2.4.3	Teorier om stimulusbegrensning.....	26
3	METODE	28
3.1	Design og metode	28
3.1.1	Survey, pilottest og egenskaper ved spørreskjema som metode	28
3.1.2	Distribusjon av spørreskjema	29
3.2	Utarbeidelse av spørreskjema	29

3.2.1	Litteraturgjennomgang	30
3.2.2	Spørreskjema for kartlegging av skjermingspraksis	31
3.2.3	Utvikling av spørsmål	32
3.2.4	Layout.....	33
3.2.5	Pasientcase	34
3.2.6	Svaralternativer/skala	34
3.2.7	Gjennomføring av pretest.....	35
3.3	Gjennomføring av pilottesten	36
3.3.1	Studiens utvalg	36
3.3.2	Tilgang til respondentene	37
3.3.3	Datainnsamling.....	37
3.4	Analyse av data.....	38
3.4.1	Analyse av spørreskjemaets validitet og reliabilitet.....	38
3.4.2	Analyse av forskningsspørsmålene	40
3.4.3	Missing data	40
3.5	Reliabilitet og validitet	41
3.5.1	Reliabilitet	42
3.5.2	Begrepsvaliditet.....	43
3.5.3	Ytre validitet.....	47
3.6	Forskningsetiske overveielser.....	48
4	RESULTATER	49
4.1	Demografiske data	49
4.2	Spørreskjemaets reliabilitet og validitet	50
4.2.1	Faktoranalysen	52
4.3	Forskningsspørsmålene	55
4.3.1	Er det forskjeller mellom akutt- og langtidsposter?	56
4.3.2	Er det forskjeller mellom sykehus?	57
4.3.3	Hvilke pasientgrupper skjermer man?.....	59
4.3.4	Åpne spørsmål/kvalitative data	61
5	DISKUSJON	63
5.1	Spørreskjemaets reliabilitet og validitet	63
5.1.1	Validitet.....	63
5.1.2	Reliabilitet	65

5.2	Funnene som svar på problemstilling og forskningsspørsmål.....	66
5.2.1	Innhold i begrepet skjerming.....	66
5.2.2	Forskjell mellom akutt- og langtidsposter.....	71
5.2.3	Forskjeller mellom sykehus	73
5.2.4	Pasientgrupper man vil skjerme	74
5.2.5	Evaluerings av instrumentets egnethet til å besvare problemstilling og forskningsspørsmål.....	76
5.3	Metodediskusjon.....	77
5.3.1	Utvalgets representativitet knyttet til generalisering.....	77
5.3.2	Antall respondenter	78
5.3.3	Mulige årsaker til lav svarprosent	79
5.3.4	Bruk av pasientcase	80
5.3.5	Bruk av spørreskjema - muligheter og begrensninger	81
6	KONKLUSJON	82
	Litteraturliste	85
	Vedlegg	93

Vedleggsoversikt

Vedlegg 1 – Spørreskjema

Vedlegg 2 – Søknad om adgang til å gjennomføre forskningsprosjekt

Vedlegg 3 – Svar fra avdelingene

Vedlegg 4 – Godkjenning fra NSD

Vedlegg 5 – Godkjenning fra Personvernombudet

Vedlegg 6 – Operasjonaliseringsskjema

Figuroversikt

Figur 1: Samsvar mellom teoretisk definisjon og operasjonell definisjon.....	44
Figur 2: Undersøkelse av begrepsvaliditet	46
Figur 3. Skjematisk fremstilling av faktorene som inngår i skjerming.....	55
Figur 4: Skjermingsprofil for de tre casene (n=87).....	59
Figur 5. De tre casene sammenlignet med standard for skjerming	60

Tabelloversikt

Tabell 1. Demografiske data for pilotstudiens utvalg (n=87)	49
Tabell 2. Deskriptiv statistikk over elementene og faktorenes reliabilitet.....	50
Tabell 3. Faktoranalysen - begrepsvaliditet	53
Tabell 4. Forskjeller mellom akutt- og langtidsposter i hvilke tiltak man rangerer som skjerming	56
Tabell 5. Forskjeller mellom "Universitetssykehuset" og Lokalsykehuset" i hvilke tiltak man rangerer som skjerming.....	57

1 INNLEDNING

Denne mastergradsoppgaven er en pilotstudie om skjerming i psykisk helsevern. Skjerming er et tiltak som iverksettes av behandlingsmessige hensyn eller for å ivareta hensynet til andre pasienter, og det innebærer at pasienten tas ut fra fellesmiljøet i posten og inn på et eget rom eller enhet. Tiltaket benyttes ofte i akuttpsykiatriske poster, men også i lukkede langtidsposter, og det er vanlig med en egen skjermingsenhet i posten. Skjerming er hjemlet i norsk lov gjennom en egen forskrift (Forskrift om bruk av skjerming i institusjoner, 2006). I denne studien har et spørreskjema blitt utviklet og deretter prøvd ut blant miljøpersonell ved psykiatriske akutt- og langtidsposter. Spørreskjemaet har som formål å kartlegge metoden skjerming med vekt på hvilke tiltak personalet mener hører med i skjermingsmetoden, og hvilke pasientgrupper man kan tenke seg at ville blitt skjermet i praksis.

1.1 Bakgrunn

Skjerming av pasienter som er innlagt i psykisk helsevern er et tiltak som er regulert gjennom en egen forskrift i psykisk helsevernloven (1999). Tiltaket er ikke definert som et tvangsmiddel. Når pasienten blir skjermet innebærer det at han ikke får ta del i avdelingens fellesmiljø, men holdes helt eller delvis avskjermet fra resten av pasientene. Tradisjonelt er definisjonen av skjerming blitt knyttet til Vaglum et. al. (1984) sin definisjon, hvor skjerming skal være stimulibegrensende uten å virke stimulidepriverende. Skjermingen skal foregå i et oversiktlig og begrenset miljø, ofte rommet pasienten har fått tildelt i posten, og skjermingen skal inneholde elementer av struktur og grensesetting (Vaglum, Jørstad, & Karterud, 1984). Hensikten med skjermingen er å hjelpe pasienten til å gjenvinne indre samling og kontroll (Hummelvoll, 2004; Strand, 1990). Å skjerme en pasient krever at pasienten har utagerende atferd eller lider av sterk uro. Tiltaket skal være nødvendig av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter (Robberstad, 2009).

I internasjonal litteratur benyttes begrepet *seclusion* i noen grad slik skjermingsbegrepet brukes her i Norge, men innholdet i de to metodene virker ikke til å være det samme. I noen artikler defineres *seclusion* som at man holder en pasient innelåst på et spesialtilpasset rom i et kort og avgrenset tidsrom. Man har muligheten til å observere pasienten gjennom et lite vindu (Wynaden et al., 2001; Wynaden et al., 2002). Dette er en praksis som minner mer om innholdet i det norske begrepet isolasjon. *Seclusion* ser ut til å bety at pasienten holdes alene

inne på et rom uten å kunne velge å gå ut fra dette rommet (Sailas & Fenton, 2000). Hovedforskjellene mellom skjerming og seclusion er at ved skjerming er det personale tilstede sammen med pasienten, og pasientene blir ofte skjermet i et lengre tidsrom enn hva som er tilfellet ved seclusion. Det som ser ut til å være fellestrekk ved skjerming og seclusion er i noen grad begrunnelsene for å iverksette tiltaket. Videre viser forskning på skjerming i Norge at pasientenes opplevelse i praksis ligner på opplevelsene pasientene har av seclusion (Norvoll, 2007). Andre relaterte begreper som brukes i internasjonal litteratur, er *open area seclusion*, *segregation nursing*, *segregation area*, *quiet rooms* og *sheltered area* (Bowers, Alexander, Simpson, Ryan, & Carr-Walker, 2004).

Det er et motsetningsfylt forhold mellom personalets og pasientenes oppfatning av skjerming. Mange pasienter opplever det som en straff og en krenkelse å bli skjermet, mens personalet ofte ser på det som en av de beste metodene vi har for å behandle urolige og oppløste pasienter (Norvoll, 2007; Vatne, 2003; Karlsson, 2006). En brukerundersøkelse blant døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne utført i 2003 og 2007, viser at majoriteten av de innlagte pasientene ikke ønsket skjerming som en del av sitt behandlingsopphold (Bjerk, Pedersen, & Lilleeng, 2009). Siden 1997 har Den europeiske torturkomitéen (CPT) oppfordret de europeiske stater til å redusere bruken av seclusion (Blesvik et al., 2006), mens den langvarige bruken av skjerming er blant det CPT har kritisert Norge for (Husum & Hjort, 2009).

Bruken av skjerming økte kraftig fra 2001 og frem til 2007 (Bremnes, Hatling, & Bjørngaard, 2008), dette på tross av at det er usikkert hva ved selve skjermingen som gir behandlingseffekt i forhold til pasientens lidelse og i hvor stor grad skjerming i seg selv gir noen effekt (Norvoll, 2007; Vatne, 2003; Keski-Valkama et al., 2007). I en reviewartikkel fra 2000 finner man ingen kontrollerte studier som støtter bruken av seclusion som metode (Sailas & Fenton, 2000). To nyere forskningsgjennomganger finner at det mangler randomiserte studier kontrollerte studier som utforsker metodens begrunnelse, gjennomføring og effekt (Prinsen & van Delden, 2009; Kynoch, Wu, & Chang, 2011).

Studier tyder på at gjennomføring av skjerming praktiseres ulikt ved forskjellige institusjoner i Norge. Det er avdekket både geografiske og kulturelle ulikheter i bruken av skjerming som metode. Alt fra lokaliteter pasienten skjermes i, diagnosegruppe hos pasientene som skjermes, varighet av skjerming og om man benytter såkalt "frivillig" skjerming varierer (Husum, Bjørngaard, Finset, & Ruud, 2011; Husum, Pedersen, & Hatling, 2005; Helsetilsynet, 2006;

Husum, Bjørngaard, Finset, & Ruud, 2010; Husum et al., 2010). En studie fra Finland finner også at det er store variasjoner i bruk av seclusion, og at variasjonen kan ikke forklares med variasjon i pasientbelegget (Keski-Valkama et al., 2007).

En større multisenterstudie fra akuttposter i Norge viser at det er en positiv sammenheng mellom risikoen for å bli skjermet og atferd som er aggressiv/overaktiv, selvskadingsatferd og suicidalitet, samt ved atferd preget av hallusinasjoner og vrangforestillinger. Depressive tanker og atferd gav mindre sannsynlighet for skjerming. Den samme studien viste at skjerming er hyppigere brukt ved sykehus i urbane strøk (Husum et al., 2010).

På grunnlag av den uklarheten som finnes om skjermingsbegrepet og skjermingspraksis, søker denne studien på grunnlag av litteratur, forskning, lovverk og erfaring å utarbeide et kartleggingsverktøy som kan brukes til og utforske hva miljøpersonale i psykiatriske poster legger i begrepet skjerming. Kartleggingsverktøyet vil også ved hjelp av tre pasientcase forsøke å gi svar på om det er sannsynlig at de tre beskrevne pasientene ville ha blitt skjermet i praksis.

1.2 Presentasjon av studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål

1.2.1 Hensikt

Hensikten med denne studien er å utvikle et spørreskjema som kartlegger hva miljøpersonale ved psykiatriske døgnposter legger i skjermingsbegrepet, ut i fra hvordan skjerming praktiseres ved postene slik personalet beskriver det. Skjemaet prøves ut blant miljøpersonale som arbeider i avdelinger med skjerming av pasienter. Det er også ønskelig å se om det er forskjell mellom skjermingskåringene på akutt- og langtidsavdeling, og om skårene er forskjellige i forhold til ulike pasientcase (dvs. hvilke pasientgrupper som skjermes).

Studien er todelt: Trinn én er utvikling og utprøving av et kartleggingsinstrument. Trinn to er å besvare studiens problemstilling og forskningsspørsmål.

1.2.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Følgende problemstilling danner grunnlag for utvikling av spørreskjema for kartlegging av skjermingsmetoden:

Hva legger miljøpersonale ved psykiatriske døgnposter hvor skjerming praktiseres, i begrepet skjerming, og hvordan praktiseres skjerming ved postene slik det beskrives av miljøpersonalet?

Følgende forskningsspørsmål ble utledet for å besvare problemstillingen:

1. Er det forskjell mellom sykehus og type post (akutt- og langtidspost) når man sammenligner innhold i skjermingsbegrepet og hvilke pasientgrupper som skjermes?
2. Hvilke pasientgrupper er det sannsynlig at man anvender metoden skjerming overfor? (Pasientgrupper representeres ved tre case).

1.2.3 Pilotstudiens metodologiske målsetning

Det kan være ulike metodologiske hensikter ved å utføre en pilotstudie (Polit & Beck, 2008). Første hovedmål for denne studien er å utvikle et spørreskjema. Dette er gjort ut i fra en teoribasert metode for utvikling av spørreskjema, samt fra egen og eksperter vurderinger ut fra sin erfaring med skjermingsmetoden (se kapittel 3.2).

Andre hovedmål er å evaluere skjemaets egnethet til å besvare problemstilling og forskningsspørsmål med tanke på kvalitet i målingene. Dette ble gjort ved å prøve ut skjemaet på psykiatriske akutt- og langtidsposter, ved at respondentene fylte ut og returnerte skjemaet. Deretter ble det utført analyser på grunnlag av dette materialet som gir resultater tilknyttet spørreskjemaets begrepsvaliditet og reliabilitet, samt en vurdering av hvorvidt skjemaet ser ut til å være egnet for å besvare problemstilling og forskningsspørsmål.

Vurderingen av resultater tilknyttet forskningsspørsmålene ble brukt for å se etter mulige feilkilder, mulige mangler og for å avdekke eventuelle behov for endringer i spørreskjemaet. Et samsvar mellom eksisterende teori og empirisk forskning kan gi indikasjoner på troverdigheten til resultatene av et spørreskjema (Polit & Beck, 2008), og sammenhenger mellom disse ble derfor utforsket.

Undersøkelse av blant annet spørreskjemaets begrepsvaliditet er redegjort for i kapittel 4.5. Begrepsvaliditet er vurdert statistisk så langt som studiens utvalgsstørrelse og de innhentede datas fordeling på variablene i spørreskjemaet tillater det.

1.3 Begrepsavklaringer og avgrensninger i oppgaven

Miljøpersonale eller miljøarbeidere er i følge Vatne (2006) en fellesbetegnelse på ansatte som jobber i miljøet¹ i psykiatriske poster. En skiller mellom ”faglærte” og ”ufaglærte” miljøarbeidere. Faglærte miljøarbeidere er personell med helsefaglig utdanning. For eksempel sykepleiere, vernepleiere, ergoterapeuter og sosionomer som alle har treårig høyskoleutdanning. Disse kan eventuelt ha videreutdanning i psykisk helsearbeid eller annen relevant videreutdanning. Videre har man hjelpepleiere/helsefagarbeidere med eller uten videreutdanning. ”Ufaglært” miljøpersonell har ikke helsefaglig utdanning. I tilknytning til postene arbeider også behandlere, disse kan være leger eller psykologer. Behandlerne inngår ikke som en del av miljøpersonellet.

Noe som vil bli belyst senere i oppgaven er begrepet *skjerming* i forhold til det internasjonale begrepet *seclusion*. I dette avsnittet ønsker jeg å presisere at når begrepet *skjerming* benyttes, omtales den norske skjermingsmetoden. Når begrepet *seclusion* benyttes, henspeiler dette på metoden *seclusion* som blir benyttet i de fleste andre land utenom Norge. Primært i denne oppgaven er det skjerming som utforskes, men det har vært nødvendig å anvende litteratur om *seclusion* ettersom det finnes en del likhetstrekk med den norske metoden.

Når det gjelder bruk av tvangsmidler,² er det et tema som ikke vektlegges i særlig grad i denne oppgaven. Temaet er derfor ikke gjennomgått i litteraturgjennomgangen, men kan inngå i generelle betraktninger om tvang. Tvangsmidlene er likevel tatt med i spørreskjemaet

¹ Miljøet er det vi omgir oss med og som vi er en del av. Miljøet må forstås innenfor en sosial og kulturell sammenheng. I psykisk helsevern er miljøterapi en metode (se kapittel 2.4.1), og man snakker om et *terapeutisk miljø* som innebærer at man legger til rette for et behandlingsmiljø og en kultur for å fremme læring, mestring og personlig ansvar hos pasienten (Nysveen, Nordby, Brattrud, & Granerud, 2011). I hverdagspråket i postene brukes ofte ordet ”miljøet” om fellesarealene i posten.

² Tvangsmidler skal bare anvendes i institusjon som er godkjent for å ha ansvar for pasienter under tvungen psykisk helsevern ved døgnopphold. Tvangsmidler skal bare anvendes når det er uomgjengelig nødvendig for å avverge skade. Som mekaniske tvangsmidler regnes tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet. Til disse regnes belter, sengebelte, håndrem, fotrem, spesialtrøye samt skadeforebyggende spesialklær (Forskrift om bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern, 2000 § 3). Andre tvangsmidler er kortvarig anbringelse bak låst dør (isolering), enkeltstående bruk av kortidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt, og kortvarig fastholding (ibid.).

som ble utviklet (se vedlegg 1). Hensikten med det var og utforske hvorvidt man tenkte at tvangsmidler hadde noen sammenheng med skjermingspraksis.

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven innledes i kapittel 1 med presentasjon av studiens bakgrunn, hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål, samt begrepsavklaringer og avgrensninger i oppgaven. I kapittel 2 vil skjermingsbegrepet og skjermingsmetoden bli belyst gjennom en litteraturgjennomgang. Litteraturgjennomgangen er bygget opp ved at man først får et innblikk i skjermingsmetodens historiske utvikling, deretter en gjennomgang av lovverk som er sentralt for metoden og begrunnelser for metoden. I denne delen kommer også noen betraktninger rundt fellestrekk hos psykiatriske pasienter, samt hva som skjer i den psykiatriske avdelingen. Noen fakta og statistikk om skjerming presenteres, samt forskjeller og likheter mellom skjerming og seclusion. I litteraturgjennomgangen presenteres også pasienter og personales opplevelser av skjerming. Siste delkapittel i litteraturgjennomgangen vil ta for seg sentrale teorier som synes å ligge til grunn for skjerming. Kapittel 3 gjør rede for oppgavens design og metode, og en gjennomgang av hvordan spørreskjemaet ble utviklet, blir presentert. Kapittel 4 presenterer resultatene fra pilottesten, mens det i kapittel 5 diskuteres hovedfunn og resultater av pilottesten. I kapittel 6 presenteres konklusjon og oppsummering.

2 LITTERATURGJENNOMGANG

Som vist i innledningen er skjermings ideologi og metode et broket felt. Denne litteraturgjennomgangen vil forsøke å vise forskningsstatus på feltet skjerming slik det står i dag. Skjermingsmetodens utvikling historisk sett, er også presentert, da det er tenkelig at bakgrunnen for utvikling av skjerming som metode er med på å bestemme hvilke tiltak miljøpersonell mener er relevant for skjerming i dag. Dette kapittelet danner grunnlag for innholdet i spørreskjemaet, og tema i problemstilling og forskningsspørsmål som ligger til grunn for spørreskjemaet er derfor i hovedfokus.

2.1 Søk etter litteratur

Litteraturgjennomgangen ble utført med tanke på å utvikle et spørreskjema. Derfor omhandles flere tema slik at problemstillingen skal bli belyst skikkelig. Hvordan søkene ble utført, og hvilke søkeord som ble benyttet, beskrives i metodedelen (kapittel 3.2.1). Der beskrives også hvordan utvalget av litteratur ble gjort.

2.2 Utvikling av skjermingspraksis

2.2.1 Psykiatrien og skjermingsmetodens utvikling – et historisk tilbakeblikk

Før 1600-tallet ble som oftest psykisk syke ivaretatt av sine slektninger hjemme. På 1600- og 1700-tallet ble det etter hvert bygget ut institusjoner som fattighus og tukthus i Europa. Med denne utbyggingen kom etter hvert en etterspørsel etter egne institusjoner for personer med psykiske lidelser (Blomberg, 2002; Norvoll, 2007; Foucault, 2000; Vatne, 2003). Slike institusjoner ble opprettet i Europa på 1600- og 1700-tallet, og utbyggingen hadde en sammenheng med kampen mot kaos og uorden (Vatne, 2003). I Norge kom utviklingen noe senere, men de første ”døllhusene” kom på 1700-tallet (Blomberg, 2002; Norvoll, 2007). Isolatrom og eneceller var måter å oppbevare pasientene på, og hensikten var først og fremst sikkerhet. I følge Norvoll (2007) forsvarte en stor andel av psykiatere på 1700- og 1800-tallet bruken av isolat og tvang som behandling, fordi det kunne være ”*helbredende, livreddende og skadereduserende*” (s. 85). Isolatrommene ble i hovedsak anvendt overfor urolige og rasende, samt maniske pasienter. I 1844 ble den økte skjermingsbruken beskrevet å ha kraftfull effekt,

og den skulle være et viktig virkemiddel for å berolige pasienter som hadde voldelig og agiteret atferd (Vatne, 2003).

Det første psykiatriske sykehuset i Norge var Gaustad asyl, som ble opprettet i 1855 (Kringlen, 2007). Fra århundreskiftet ble enerom og isolatrom i større grad erstattet av flermannsrom og sovesaler, dette for å få kapasitet til å behandle flere syke. Likevel fantes fortsatt isolatene, og begrunnelsene for å bruke dem varierte. Noen begrunnet det med sikkerhet, mens noen så på uro som et symptom på sykdom og dermed isolatrommet som en måte å dempe og behandle uro på (Norvoll, 2007).

Fra 1970-tallet økte nedbyggingen av asylene i hele den vestlige verden og utviklingen førte til endringer av sykehusinstitusjonene i Norge. De gamle sovesalene ble omgjort til pasientrom på grunn av avtagende pasientbelegg og redusert liggetid. Den nye strukturen kom også på bakgrunn av en ny sykehuslov hvor asylene blant annet ble integrert i spesialisthelsetjenesten på lik linje med de somatiske sykehusene. Videre fikk også den psykiatriske helsetjenesten en øyeblikkelig hjelp-plikt (Vaglum i Norvoll (2007)). I Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet* ble viktigheten av akuttavdelingene fremhevet, noe som medførte en ytterligere utbygging. I følge Norvoll (2007) skjedde det på 1970-tallet endringer i sykehusene og i vitenskapen som påvirket akuttpostenes ideologiske kunnskapsgrunnlag, og det var denne utviklingen som førte til skjermingsmetodens fremvekst. Den miljøterapeutiske tilnærmingen endret seg fra et kollektivistisk syn på behandlingen til en mer individuelt orientert behandlingsmåte. Dette medførte at svært dårlige pasienter ble skjermet og beskyttet fra gruppebehandlingen (Vaglum et al., 1984).

Skjermingsbegrepet har eksistert i fagmiljøet siden 1960-tallet, og det beskrives for første gang i lærebøker i psykiatrisk sykepleie på 1970-tallet (Løkensgard, 1977). Ullevål Sykehus er de første til å introdusere skjerming, og det gjøres som en konsekvens av omorganiseringen av de akuttpsykiatriske avdelingene i 1970-årene (Vaglum et al., 1984). Skjerming dukker opp som begrep i journalene ved Gaustad mot slutten av 1970-tallet (Aaslestad, 2007). Skjermingsmetoden blir innført for å endre og humanisere datidens isolasjonspraksis, og den skal bidra til å skape oversikt og struktur i en uoversiktlig hverdag i postene (Vaglum et al., 1984). Skjermede rom og enheter³ etableres i tilknytning til fellesmiljøet, men er gjerne i en egen del av avdelingen. Intensjonen med skjerming er individuell tilnærming og utvikling av

³ ”Enhet” brukt i betydning skjermingsenhet, som representerer et avgrenset avsnitt i posten hvor man kan skjerme en eller flere pasienter. ”Skjermingsenhet” kan sees på som en liten post inne i posten.

gode relasjoner, mens behandlingsformålet er at pasienten blant annet skal ”gjenvinne autonomi og kontroll over seg selv og sitt forhold til omgivelsene” (Vaglum et al., 1984 s.208). Metoden kan kalles *Ullevålstradisjonen* (Norvoll, 2007), og definisjonen av skjerming er som følger:

Et personalmedlem oppholder seg sammen med pasienten i et oversiktlig begrenset miljø(som regel pasientens rom), og den har også elementer av grensesetting og struktur. Samtidig skal den være stimulusbegrenset uten å være depriverende(...). Pasienten kan delta i realitetsnære, praktiske gjøremål som å vaske rommet, vaske klær(...). Pasienten kan gå tur ut på området med følge, men ikke være med i gruppeaktiviteter.

(Lorentzen, von Krogh, & Island, 1984 s.210)

Opprinnelig ble skjermingsmetoden opprettet som en behandlingsmetode for akutte psykoser hvor urolig atferd var tilstedeværende, men det beskrives en gradvis utvidelse grunnet en optimistisk tro på metoden (ibid). Nyere forskning viser at utviklingen går mot et vidt skjermingsbegrep, i stedet for innelukking på rom (Norvoll, Hatling, & Hem, 2008).

2.2.2 Skjerming og lovverket

Fra 1999 ble skjerming hjemlet i norsk lov gjennom *Lov om gjennomføring og etablering av psykisk helsevern* (psykisk helsevernloven) (1999). Lovhjemlingen bygger på skjermingspraksis, diskusjonen rundt tvang og negative pasienterfaringer med metoden (Lov om gjennomføring og etablering av psykisk helsevern, 1999; Norvoll, 2007). En egen forskrift om bruk av skjerming i institusjoner kom i 2006 (Forskrift om bruk av skjerming i institusjoner, 2006). Skjerming regnes ikke som et tvangsmiddel, men det kreves et vedtak fattet av faglig ansvarlig⁴ dersom skjermingen opprettholdes utover 24 timer⁵. Forskriften påpeker at skjerming endrer omgivelsene fordi pasienten trenger ro, begrenset stimuli og begrenset bevegelsesfrihet, og det er anledning til å bruke fysisk makt for å iverksette og opprettholde skjerming. Dette innebærer en form for tvang.

Skjerming kan iverksettes på grunn av pasientens lidelse, utagerende atferd, eller av hensyn til medpasienter. Det juridiske vedtaket om skjerming øker pasientenes rettsikkerhet ettersom det er

⁴ I henhold til Lov om psykisk helsevern (1999) § 1-4 første ledd, skal den faglig ansvarlige for vedtak være lege med relevant spesialistgodkjenning eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning som fastsatt i forskrift.

⁵ I henhold til skjermingsforskriften skal det i tilfeller hvor vedtak om skjerming medfører ”en betydelig endring av vedkommendes omgivelser eller bevegelsesfrihet”, fattes vedtak dersom skjerming opprettholdes ut over 12 timer (Forskrift om bruk av skjerming i institusjoner, 2006).

mulighet til å påklage vedtaket til kontrollkommisjonen (Lov om gjennomføring og etablering av psykisk helsevern, 1999).

I psykisk helsevernloven (1999) beskrives skjerming som at pasienten holdes helt eller delvis adskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av eller omsorg for pasienten. Det presiseres at skjerming må skilles fra tvangsmidlet isolering, jf. § 4-8 annet ledd, bokstav b. Det er derfor ikke adgang til å låse eller på annen måte stenge døren inn til rommet der pasienten er, jf. Skjermingsforskriftens § 3 annet ledd. Det skal alltid være helsepersonell til stede når det er nødvendig, men dersom pasienten ønsker å være alene skal helsepersonellet forlate rommet dersom tilstedeværelse ikke vurderes nødvendig, jf. Skjermingsforskriften § 7, tredje ledd (2006).

Skjermingsvedtak kan treffes av den faglig ansvarlige dersom pasientens *tilstand eller utagerende adferd gjør skjerming nødvendig av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter* jf. Psykisk helsevernloven § 4-3, første ledd. I skjermingsforskriften er blant annet behov for reduksjon av sanseinntrykk, at pasienten er kataton, eller at det er situasjoner der pasienten utviser tiltagende uro eller angst, årsaker til at skjerming kan være nødvendig. Det kan også være en begrunnelse at tiltaket forventes å kunne motvirke forverring av pasientens tilstand. Dersom man skjerner med begrunnelse i hensynet til andre pasienter, er det tilstrekkelig at pasients atferd er svært forstyrrende, plagsom eller uheldig for de andre pasientene. Det er ikke krav om at den urolige pasienten må være til fare for de andre, jf. Skjermingsforskriften § 5, annet og tredje ledd. Når man vurderer å skjerme en pasient skal man se på om tiltakets effekt vurderes til å være gunstigere enn hva ulempene med å bli skjermet medfører, jf. forskriftens § 5 siste ledd.

Lovverket setter noen betingelser for skjermingens grunnlag, men utover det legger lovverket få føringer for hvordan skjermingen skal gjennomføres og for hvilket innhold den skal ha.

Utvalget bak NOU 2011:9 ”Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet (...)” har gjennomgått Psykisk helsevernloven. Deres mandat har vært å se på alle etiske, faglige og rettslige sider av loven og praksis. De har blant annet sett på skjermingsmetoden. De vurderer skjerming til å være et tiltak som innebærer høy risiko for negative psykiske virkninger og svekket behandlingsallianse, derfor mener de at skjerming bør være gjenstand for kvalitetssikring. Utvalget fremhever viktigheten av at skjerming foregår i arkitektonisk egnede lokaler som gir pasienten mulighet til å regulere nærhet og avstand ut i fra egne behov. Utvalget foreslår videre at krav til vedtak om skjerming må skjerpes (NOU 2011:9). Dette peker i retning av at skjerming er en metode man vil fortsette med i årene som kommer.

2.2.3 Begrunnelser for skjerming

I skjermingsforskriftens (2006) § 5 står det at pasienten må ha en psykisk tilstand eller utagerende atferd som gjør skjerming nødvendig. I litteraturen for øvrig ser det ut til at man hovedsakelig begrunner skjerming i atferd, unntaket kan se ut til å være når man begrunner skjerming i behovet for reduksjon av stimuli (Vaglum et al., 1984; Strand, 1990).

Norvoll (2007) fant i sin studie av to akuttposter at det var fire skjermingsideologier på postene; skjerming som reduksjon av stimuli, skjerming som struktur, grensesetting og korrigering av atferd, skjerming som beskyttelse og støtte og skjerming som voldsreduserende og sikkerhetsmessig tiltak. Skjermingen ble begrunnet forskjellig ettersom hvilken årsak man tenkte at lå til grunn for skjermingen. Hun fant videre at en sentral begrunnelse for skjerming var urolig atferd. Å være psykotisk eller høre stemmer var ikke alltid tilstrekkelig grunn for å bli skjermet. Videre ble det ved oppheving av skjerming lagt større vekt på om pasienten var rolig, enn hvorvidt han var psykotisk eller ikke (ibid.).

En større multisenterstudie fra akuttposter i Norge viste at det var positiv sammenheng mellom risikoen for å bli skjermet og atferd som var aggressiv/overaktiv, selvskadingsatferd og suicidalitet, samt ved atferd preget av hallusinasjoner og vrangforestillinger. Depressive tanker og atferd gav mindre sannsynlighet for skjerming (Husum et al., 2010).

Alty og Mason (1994) viser at teori om begrunnelser for anvendelse av seclusion kan deles i tre grupper; synet på seclusion som terapi, som beskyttelse eller som straff. I Vatnes (2003) studie hvor 11 sykepleiere som arbeider ved en akuttpsykiatrisk post intervjues, deles personalets begrunnelser for skjerming inn i to; begrunnet i *pasientenes behov* og begrunnet i *personalets behov*. Skjerming begrunnet i pasientens behov vil da si at pasienten ikke tar korrigering, er verbalt og fysisk ukritisk eller utagerende, skader seg selv eller at man frykter at han kan gjøre det. At pasienten er utflytende eller oppløst i fellesskap med andre og derfor trenger stimulusbegrensning og struktur, er også skjerming begrunnet i pasientens behov. Flere begrunnelser kan være at pasienten har stor angst, er mistenksom og ikke tåler nærhet til for mange mennesker, eller har spesielle omsorgsbehov som krever nærhet til personalet. Skjerming begrunnet i personalets behov vil si at det er problemer med å mestre visse pasienter, problemer mellom pasienter, at pasienter har dårlig innvirkning på hverandre, eller at man har beredskap på plasser for skjermingstrengende pasienter.

I en norsk studie fant man at personalet var mer tilbøyelig til å velge en restriktiv intervensjon som for eksempel seclusion⁶ eller mekaniske tvangsmidler overfor voldelige og utagerende pasienter. Man fant også at mannlig personale og ufaglært personale var signifikant mer tilbøyelig til å velge restriktive intervensjoner (Wynn, Kvalvik, & Hynnekleiv, 2011). En retrospektiv studie hvor man så på blant annet episoder med seclusion, viste at man foretrakk skjerming overfor eldre mannlige pasienter med organiske psykoser (Wynn, 2002).

2.2.4 Hvem er den psykiatriske pasienten?

Mange pasienter som kommer til psykiatriske poster ønsker ikke behandling, men legges inn under tvang. I 2007 var 39 % av alle innleggelser til psykiatriske avdelinger i sykehus henvist under tvang (Bremnes, Bjørngaard, Hatling, & Waagan, 2007). I psykisk helsevernloven (1999) gis det anledning til å legge pasienter inn ved hjelp av tvang, men det må begrunnes i bestemte kriterier. Det er et krav at pasienten har alvorlig sinnslidelse og at etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten:

a). Får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller

b). Utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.

(Psykisk helsevernloven, § 3-3. Punkt 3, andre og tredje ledd).

Kriterium a) kalles *behandlingskriteriet*, mens kriterium b) kalles *farekriteriet*. I 2007 ble 78 % av alle tvangsinnleggelser begrunnet ved behandlingskriteriet alene, 3 % ble begrunnet ved farekriteriet alene, mens begge kriterier ble brukt ved 19 % av tvangsinnleggelsene (Bremnes et al., 2007).

Intensjonen med psykisk helsevernloven er å sikre at pasienten får den nødvendige behandling slik at liv og helse ivaretas selv i perioder der vedkommende er ute av stand til selv å vurdere sin egen situasjon adekvat (Opjordsmoen, 2010).

Langt fra alle psykiatriske pasienter er innlagt på tvang, mange er frivillig innlagt i henhold til § 2-1 i psykisk helsevernloven (1999). Det er likevel rimelig å anta at mange av dem som

⁶ Årsaken til at begrepet seclusion er valgt her, til tross for at studien er utført i Norge, er at begrepet seclusion brukes i artikkelen. Det kan generelt se ut til at det er tvangsmidlet isolasjon som utforskes i studier av Wynn.

skjermes er tvangsinnlagt. Skjermingsforskriften (2006) understreker at det er adgang til å bruke fysisk makt for å iverksette og opprettholde skjerming og at frivillig innlagte pasienter har anledning til å trekke tilbake samtykket til innleggelsen og skrive seg ut fra sykehuset dersom de ønsker det. Skjermingstiltak overfor frivillig innlagte pasienter skal derfor praktiseres slik at det ikke hindrer pasienten i å skrive seg ut og forlate stedet (merknad til § 7, 1. ledd). I en rapport om pasienter i psykisk helsevern for voksne 2007, finner man at 14 % av pasientene som var blitt utsatt for bruk av tvangsmidler siste tre måneder var frivillig innlagte (Lilleeng, Ose, Bremnes, Pedersen, & Hatling, 2009). I denne litteraturgjennomgangen fant man ikke tilsvarende tall om skjerming overfor frivillig innlagte pasienter, men det er rimelig å anta at skjerming i hovedsak praktiseres overfor tvangsinnlagte pasienter.

2.2.5 Den psykiatriske avdelingen

Som beskrevet i kapittel 2.2.1 ble antall senger kraftig redusert etter den første omorganiseringen av psykisk helsevern på 1980-tallet. Reduksjonen fortsatte videre frem til omorganiseringen av spesialisthelsetjenesten på 2000-tallet. Målet var blant annet kortere liggetid i akuttpsykiatrisk avdeling, og at pasienten skulle motta tjenester på lavest mulig omsorgsnivå (Stortingsmelding nr.25, 1997).

Akuttavdelingene kjennetegnes av et uforutsigbart preg. Man har en øyeblikkelig-hjelp plikt som innebærer at man må ta i mot dem som kommer, og det er liten mulighet for å planlegge en langsiktig strategi i behandlingen (Hummelvoll, 2004). Gjennomsnittlig liggetid i akuttavdelingene var 9,5 døgn i 2005 (Ruud, Gråwe RW, & Hatling, 2006). Pasientene som kommer inn og blir akutt innlagt har gjerne alvorlige sinnslidelser som schizofreni og psykose, eller de kan være i krisetilstand, lide av rusproblematikk, personlighetsforstyrrelser eller være suicidale (Berg, Johnsen, Restan, & Eikeseth, 2007).

Å komme inn til en psykiatrisk avdeling, det være seg en akutt- eller langtidspost, kan i seg selv sees på som en skjerming fra samfunnet. Strand (1990) sier det slik; *Avdelingens fysiske rammer skaper en avskjerming mot eksponering overfor omverdenen og mot inntrykk og krav fra samfunnet* (s. 93). Mange pasienter har behov for intensiv behandling, tett oppfølging og skjerming (Ruud et al., 2006).

Langtidspost er et vidt begrep. I denne studien er det inkludert fire langtidsposter som kalles psykose rehabiliteringsposter, hvorav en av dem er en sikkerhetspost. Langtidspostene har

som regel inneliggende pasienter som krever mer langsiktig oppfølging enn hva akuttpostene kan tilby. Miljøterapi er en sentral tilnærmingemetode i pasientbehandlingen. Miljøterapi vil bli nærmere beskrevet i kapittel 2.4.1.

Bemanning

I en norsk multisenterstudie fant man at den desidert største faggruppen innen miljøpersonalet var sykepleiere, og at 59 % av dem hadde spesialutdanning innen psykiatri (Ruud et al., 2006). I denne litteraturgjennomgangen har man ikke kunnet finne konkrete oversikter over andre yrkesgrupper i psykisk helsevern med unntak av behandlere. Det vises til kapittel 1.3 for en generell beskrivelse av miljøpersonalet.

2.2.6 Hyppighet av skjerming

En rapport fra SINTEF helse viser at tvangsbruk i psykisk helsevern i Norge har økt med 45 % fra 2001 til 2005. Fra 2001 til 2005 økte antall skjermingsvedtak, samt antall pasienter utsatt for skjermingsvedtak med over 150 %. Rapporten viser at vedtak om skjerming er mest vanlig ved akuttavdelingene (57 %) og ved sterkavdelingene⁷ (17 %). Når en ser disse tallene justert i forhold til antall oppholdsdøgn (driftsomfang), benyttes skjerming like hyppig i sterkavdelingene som i akuttavdelingene. Bruken av skjerming har økt mest ved sterkavdelingene siden 2001 (antall vedtak har blitt firedoblet). Ved langtidsavdelinger og rehabiliteringsavdelingene er tallene hhv. 4 % og 8 % i 2005. Det er ikke forskjell mellom kjønn ved antall vedtak om skjerming, kvinner og menn skjermes tilnærmet like hyppig. På tross av økende bruk av skjerming over 48 timer⁸, viser rapporten at det er gjennomgående at enkelte institusjoner fatter vedtak hyppigere enn andre. Dette kan ikke forklares med tilfeldige variasjoner i pasientbelegget (Pedersen, Hatling, & Røhme, 2006). I 2007 ble det fattet 2349 vedtak om skjerming overfor 1239 pasienter. Samme rapport viser at bruken av skjerming øker. I følge Kontrollkomisjonene ble det truffet 2218 vedtak om skjerming i 2009 (Helsedirektoratet, 2010), noe som kan kalles en mikroskopisk reduksjon fra 2007. Rundt 20 % av pasientene som blir innlagt i akuttavdelingene skjermes, og det er signifikante forskjeller mellom avdelingene når det gjelder skjerming. Det er en del variasjon mellom

⁷ Angående begrepet ”sterkavdeling” er dette ikke definert i rapporten, men tidligere ble dette begrepet brukt om det vi i dag kaller sikkerhetspost.

⁸ Det bemerkes her at det i denne rapporten henvises til 48-timers skjerming uten vedtak. Ad fotnote 1 over, ser man at dette nå er endret til at skjerming utover 24 timer i alle tilfeller krever vedtak, men at det i enkelte tilfeller skal fattes vedtak etter 12 timer.

avdelingene når det gjelder antall pasienter de har skjermet (Ruud et al., 2006). Tallene står i kontrast til målet om reduksjon i bruken av tvang (Stortingsmelding nr.25, 1997).

2.2.7 Skjerming og seclusion – skjerming i internasjonal litteratur

En utfordring i arbeidet med litteratursøk har, som tidligere nevnt, vært at begrepene *seclusion* og *skjerming* ikke synes å ha samme innhold og definisjon. Mange land utenom Norge benytter seg av metoden seclusion som i stor grad ligner på den praksis som dekkes av det norske begrepet isolasjon. En artikkel viser til pågående norsk forskning som viser at det er store likheter mellom skjerming og seclusion (Blesvik et al., 2006). I den internasjonale litteraturen defineres seclusion i noen grad ulikt etter i hvilket land studien er gjennomført. Definisjonen som presenteres her er hentet fra en Cochrane-artikkel, og antakelig er definisjonen nokså universell for begrepet; *"containment of the patient alone in a room or other enclosed area from which the patient has no means of freely leaving the area. This does not include the use of locked wards."* (Sailas & Fenton, 2000 s. 3). Som vi ser av denne definisjonen innebærer at pasienten føres til et rom der han sitter alene uten personale tilstede. Videre står det at pasienten skal ha hyppig tilsyn fra personale, at rommet skal være sparsomt møblert og at døren ofte er låst (ibid.).

Begrepet skjerming er blitt oversatt til engelsk på følgende måte: *confining a patient in a single room or in a separate unit or area inside the ward, accompanied by staff* (Husum et al., 2010 s. 3). Søk i databaser med disse begrepene gav imidlertid ingen relevante treff. Det finnes engelske begrep som kan sammenlignes med skjerming som for eksempel; *open area seclusion, segregation nursing, sheltered area, shielding* og *quiet rooms* (Norvoll, 2007), men dette er metoder som oftest brukes overfor demente, forvirrede og eldre pasienter der hensikten er å forebygge fall (Husum et al., 2010; Steinert et al., 2010). Til tross for at man har ulike definisjoner og gjennomføring, samt delvis også ulike begrunnelser for skjerming og seclusion har jeg valgt å ta med seclusionbegrepet i denne litteraturgjennomgangen. Seclusion og skjerming har fellestrekk ved å være omdiskuterte metoder og etablerte praksiser som medfører bruk av tvang i psykiatriske avdelinger.

2.2.8 Innholdet i skjermingsmetoden

Innholdet i skjermingen synes å variere fra sted til sted (Norvoll, 2007; Husum et al., 2005). Norvoll (2007) fant at skjermingsmetoden befinner seg i et spenn mellom behandling og

kontroll, noe som vil si at skjerming kan betraktes både som et sikkerhetstiltak og som et behandlingstiltak. Eksempler på skjerming som sikkerhetstiltak kan være når pasienten blir skjermet av hensyn til andre, der begrunnelsen er farlighet fremfor at han/hun forstyrrer de andre (Forskrift om bruk av skjerming i institusjoner, 2006).

Når det gjelder skjerming som behandlingstiltak, beskrives det fra Molde en terapeutisk måte å bedrive skjerming på som blir kalt *open-area seclusion*. Metoden som beskrives er blitt utviklet ved en sikkerhetspost, og denne formen for skjerming anvendes ovenfor voldelige og utagerende pasienter. Metoden har fire faser, hvorav den første er å lede pasienten inn på skjermingsenheten, fase to består av en prosess for å roe ned pasienten og reetablere psykologisk kontakt. Tredje fase består av en debriefing som ledes av et utenforstående personale, gjerne pasientens primærkontakt eller lignende. I tillegg deltar et personale som var vitne til hendelsen som ledet til skjerming. Man skal i denne fasen gjennomgå hva som skjedde, og både pasient og vitne får anledning til å uttale seg. Deretter går man gjennom alternative handlingsmønstre. Den siste fasen består i å reintegrere pasienten i avdelingsmiljøet. De fem aktive komponentene i terapeutisk bruk av skjerming beskrives å være; å få kontroll over utagerende og forstyrrende atferd, stimulusreduksjon, realitetsorientering, ansvarliggjøring av egen atferd og problemløsning (med gjennomgang av alternative atferdsmønstre) (Bjørkly, 1995).

Akuttavdelingen ved Sykehuset Innlandet Reinsvoll beskriver en skjermingsmetode hvor de har fokus på brukermedvirkning. De fokuserer på dialogbaserte arbeidsmåter for å få pasienten med på utformingen av sin behandling (Gamme, 2009).

Noe som synes å være et vanlig innhold i skjermingsmetoden er grensesetting, som skal hjelpe pasienten til å gjenvinne indre selvkontroll (Strand, 1990; Lorentzen et al., 1984; Norvoll, 2007; Henriksen et al., 2007). Teorier om grensesetting vil bli nærmere redegjort i kapittel 2.4.2. Det samme gjelder teorier om miljøterapi og stimulusbegrensning som også synes å være sentralt innhold i metoden (se kapittel 2.4).

Relasjonen

Relasjonen mellom sykepleier og pasient er betydningsfull i den norske skjermingstradisjonen (Holte, 2003; Strand, 1990; Norvoll, 2007). Et tema som ofte vektlegges i litteratur om psykiatrisk sykepleie er relasjonens betydning for behandlingen (Hummelvoll, 2004; Strand, 1990). Kommunikasjon er herunder en forutsetning for å skape relasjon. Sykepleier skal

fungere som en veileder og underviser for pasienten (Hummelvoll, 2004). En studie viser at bevissthet på bruk av verbal og non-verbal kommunikasjon endrer relasjonen fra kontroll til samarbeid mellom sykepleier og pasient (Vatne & Fagermoen, 2007). Brukerundersøkelsene blant døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne, som ble gjennomført i 2003 og 2007, viste begge at samtale med behandler var den mest etterspurte behandlingsformen (Bjerkan et al., 2009). Dette gjaldt for pasienter i psykisk helsevern generelt, men det er trolig at det også gjelder for pasienter som er skjermet.

2.3 Opplevelse av skjerming og seclusion

Som vist i innledningen varierer opplevelsene av skjerming og seclusion. Det er også forskjeller i hvordan skjerming oppleves av hjelpere og pasienter. En studie blant sykepleiere og pasienter i Australia viste signifikante forskjeller i oppfattelsen av seclusion-metodens nytte. Mens 60 % av sykepleierne trodde metoden ofte var nyttig for pasienten, trodde bare 4 % av pasientene det samme (Meehan, Bergen, & Fjeldsoe, 2004). Samme studie viste at både sykepleiere og pasienter mente at seclusion kunne være nyttig under noen forutsetninger, og det var bare 22 % av pasientene og 2 % av sykepleierne som mente at seclusion som metode ikke skulle benyttes overhodet (ibid.).

2.3.1 Personalets opplevelse av skjerming

Som tidligere nevnt ble skjermingsmetoden først beskrevet i Ingjerd Løkensgards lærebok i psykiatrisk sykepleie fra 1977. Metoden beskrives i flere senere lærebøker, og den regnes da som en spesialisert form for miljøterapi (Hummelvoll, 2004; Strand, 1990; Vatne, 2006). I sykepleielitteraturen beskrives ofte skjerming i positive ordelag, og begreper som *beskyttelse*, *omsorg*, *relasjon*, *forståelse* og *respekt for mennesket bak lidelsen* blir brukt. Skjerming regnes som en sykepleieintervensjon og som et prinsipp i ego-styrkende sykepleie, hvor det beskrives som en forlengelse av grensesetting (Strand, 1990). Hensikten med skjermingen er å hjelpe pasienten til å gjenvinne fotfeste i en kaotisk hverdag og å skape en indre samling når pasienten ikke har kontroll over egne tanker og atferd. Skjerming skaper oversikt over situasjonen, og den ivaretar pasientens, personalets og medpasienters sikkerhet. En utfordring i sykepleien er balansen mellom nærhet og avstand. Hjelperne – personalet får en slags delt rolle, der de både er omsorgsfulle hjelpere, men også voktere som skal bidra til ro og orden i avdelingen (Norvoll, 2007; Vatne, 2003; Holte, 2003). Andersen (2011) fant i sin

masterstudie hvor hun intervjuet sykepleiere på en psykiatrisk akuttpost at skjermingspraksis er motsetningsfull og i spenn mellom tvang og omsorg. Tvang fordi skjerming kan innebære bruk av tvang overfor pasienten og omsorg fordi skjerming gir relasjonen mellom sykepleieren og pasienten andre muligheter.

Det diskuteres hvorvidt skjermingen i seg selv kan sees på som en behandlingsintervensjon (Holte, 2001; Henriksen, et al., 2007). En studie gjort blant leger i England viste at 56,4 % av respondentene så på seclusion som behandling, mens 33 % ikke så på denne intervensjonen som terapeutisk. Studien viste derfor at rent behandlingsmessig var synet på nytten av seclusion noe uklar. Majoriteten i undersøkelsen mente at seclusion ikke var noen form for straff (Exworthy, Mohan, Hindley, & Basson, 2001). En nederlandsk definisjon av seclusionbegrepet impliserer at seclusion i seg selv ikke sees på som behandling, men en intervensjon som gjør behandling mulig (Prinsen & van Delden, 2009). I en australsk undersøkelse hvor bl.a. 60 sykepleiere deltok, fant man at tre fjerdedeler av sykepleierne så på seclusion som en svært terapeutisk intervensjon, mens bare 8 % rangerte metoden som veldig straffende. 80 % rangerte seclusion som en svært nødvendig metode (Meehan et al., 2004).

Wynn (2003) fant i en undersøkelse blant miljøpersonale og behandlere at bare 25,9 % anså seclusion som den foretrukne intervensjon ved voldelig atferd. De andre intervensjonene var mekaniske tvangsmidler og tvangsmedisinering i form av injeksjon med korttidsvirkende beroligende. De ble videre spurt hvilken intervensjon de trodde en pasient med voldelig atferd selv ville foretrekke, og 37,8 % trodde da at pasienten ville foretrekke seclusion. Deretter ble de spurt hvilken intervensjon de selv trodde de ville foretrekke, og det var da 34,6 % som trodde de ville foretrukket seclusion dersom det var de selv som var syke.

Husum, Finset og Ruud (2008) gjorde en studie med 137 miljøpersonale og behandlere om holdninger til tvang. De fant at holdningene kan deles i tre; tvang som uakseptabelt (at de har en kritisk holdning), tvang som omsorg og sikkerhet (pragmatisk holdning) og tvang som behandling (positiv holdning).

2.3.2 Pasientenes opplevelse av skjerming

Opplevelsene av skjerming er forskjellige og uensartede. Noen har positive opplevelser av skjerming, mens andre har negative. Noen beskriver i etterkant at de ser at skjermingen var bra for dem, men de hadde et negativt syn på den underveis. Noen har et negativt syn på skjerming hele tiden, til tross for at de ser at de hadde et utbytte (Karlsson, 2004).

Negative opplevelser av skjerming

En rekke studier viser at mange pasienter har negative opplevelser av skjerming og seclusion (Roberts, Crompton, Milligan, & Groves; Holte, 2003; Gamme, 2009; Karlsson, 2006; Karlsson, 2004; Holte, 2001; Norvoll, 2007; Norvoll, 2011; NOU 2011:9, 2011; NOU 2011:9, 2011; Prinsen & van Delden, 2009). I litteraturen sammenlignes skjermingsrommet med fengsel, glattcelle, isolat og husarrest (Norvoll, 2007). Pasienter føler det som straff å bli skjermet, og avmaktsfølelsen er sentral (Karlsson, 2006; Berg, Fagermoen, Kobbenes, & Kristoffersen, 2001; Meehan et al., 2004). Dette kan illustreres ved følgende sitat fra Karlssons (2006) studie: *Det var en straff å være på skjermet. Jeg var prisgitt de som til enhver tid var på vakt* (s. 7). Pasientene i studien klaget også over mangel på kommunikasjon (ibid.). Mangel på informasjon finner man også i internasjonale studier, og pasientene rapporterte mest negative opplevelser når de ikke forstod hvorfor de var blitt skjermet (secluded) (Prinsen & van Delden, 2009). Avmaktsopplevelser, rigide regler, manglende kommunikasjon og innflytelse på sin egen behandling kan lede til sinne og frustrasjon (Norvoll, 2007).

Norvoll (2011) finner at det mangler systematiske forskningsstudier som viser hvorvidt negative opplevelser av skjerming oppleves som traumatisk og skadelig, samt hvilke effekter skjermingsoppholdet kan gi i et kortsiktig og et langsiktig perspektiv. En Cochrane-review støtter dette synet ved å påpeke at det foreligger få kontrollerte studier av den behandlingsmessige effekten av tvang og seclusion (Sailas & Fenton, 2000).

Positive opplevelser av skjerming

Gamme (2009) fant i sin studie hvor det settes fokus på brukermedvirkning for skjermede pasienter, at økt dialog med pasienten, færre strenge rammer, mer informasjon, hyppigere legebesøk og mer fleksibilitet i stedet for stramme husregler var positivt for pasientenes opplevelse av skjerming. Det var fem pasienter som deltok i studien og alle gav tilbakemeldning på at de fikk en bedre opplevelse av skjerming enn hva de hadde tidligere. Nesten ingen av pasientene syntes det var en straff å komme inn på skjerming, ingen var redde noen gang, og over halvparten følte at det var en beskyttelse å bli skjermet. Man brukte ukeplaner og dagsplaner i samarbeid med pasienten, og man hadde mer fokus på at pasientene skulle ut av skjermingen og ut av avdelingen. Man tilbød bilturer, aktiviteter som turer i friluft, fisketurer, stell av hest, treningstilbud osv. Disse endringene resulterte også i at

personalet opplevde det som mer faglig utfordrende å være på skjerming på grunn av mer aktivitet og fokus på innhold i skjerming. Skjerming var ikke lenger bare en metode for å oppbevare pasientene.

Tankegangen rundt å ta pasienten med ut av posten er ikke helt ny. Strand (1990) fremhever også viktigheten av at den skjermede pasienten får mulighet til å komme seg ut og lufte seg og få brukt seg fysisk. Hun understreker at man i blant kan se at den beste form for skjerming er å gå turer med pasienten sammen med det nødvendige antall personale. Tanken er at uteomgivelsene tidvis kan være langt fredeligere enn en psykiatrisk avdeling, og at å gå i en jevn rytme også kan ha en beroligende og samlende effekt.

En dansk studie hvor 48 pasienter deltok, viser at flertallet syntes at å komme på skjermet enhet var et positivt behandlingstiltak. Det virket som at det kunne relateres til et ønske om forståelse, trygghet og beskyttelse i et mindre og mer forutsigbart miljø. Det ble kun unntaksvis rapportert om opplevelse av rettssikkerhetsmessig krenkelse. Likevel opplevde over halvparten av pasientene at de ble for dårlig informert om behandlingen. Man syntes å se at pasienter med paranoide psykotiske symptomer følte seg mindre fornøyd med skjermingsbehandlingen enn pasienter med andre lidelser (Poulsen, Søndergård, Hansen, & Lindhardt, 2004).

Andre positive elementer ved skjerming som trekkes fram er ro og god hjelp til å få dekket sine behov, samt trygghet ved personalets nærvær (Holte, 2003; Karlsson, 2004; Norvoll, 2007).

Opplevelse av behandlingsutbytte

Opplevelsen av behandlingsutbytte av skjerming varierer. En nasjonal brukerundersøkelse viser at 33 % av dem som mottok skjerming oppgav at de ikke hadde utbytte, eller hadde svært lite utbytte av skjerming. Til sammen 31 % mente at de hadde hatt stort eller svært stort utbytte av skjerming. 712 respondenter deltok i studien, og det var 14 % av disse som oppga at de hadde blitt skjermet til tross for at de ikke ønsket denne behandlingen (Bjerkan et al., 2009). Av det totale utvalget var det 68 % som ikke ønsket skjerming som behandling, mot 26 % som ønsket denne behandlingen (ibid.). Enkelte studier viser at pasienters opplevelse av behandlingsutbytte kan øke ved mer tilstedeværelse og aktiv oppfølging fra personale, samt mulighet for aktiviteter utenfor skjermingsrom/enhet (Gamme, 2009; Norvoll, 2007; Norvoll et al., 2008).

Autonomi og menneskeverd

Nederlandske forskere har sett på om man kan rettferdiggjøre bruken av tvangsmidler og da spesielt seclusion i psykiatri. De har sett på studier av autonomi og menneskeverd, og finner at seclusion kan sees på som en intervensjon for å gjenopprette eller oppnå autonomi, og ikke bare som en trussel for autonomien. De påpeker også at krenkelse av menneskeverdet ofte blir brukt som et argument mot seclusion som metode. De finner at respekt for menneskeverdet ikke har noe å si for hvorvidt seclusion skal brukes eller ikke, men at det er *hvordan* man gjennomfører metoden (Prinsen & van Delden, 2009).

2.4 Forståelse av og teorier som ligger til grunn for skjerming

Denne delen av oppgaven er et forsøk på å se på teorier som er lagt til grunn for skjermingsmetoden. Hvilke teorier danner basis for metoden, og hva kan man opprinnelig ha tenkt at man skulle oppnå ved å bruke den? Teorier om stimulusbegrensning og grensesetting som en del av miljøterapien ser ut til å være sentrale for skjermingspraksis (Henriksen et al., 2007; Norvoll, 2007). Disse teoriene er derfor valgt for å forsøke å belyse skjermingsmetoden. Først kommer en liten beskrivelse av hva miljøterapi er, deretter følger teorier om grensesetting og stimulusbegrensning som begge inngår i *containment*-tenkningen som er en prosess innen miljøterapien.

2.4.1 Miljøterapi

Miljøterapi har tradisjonelt blitt praktisert innenfor institusjonsbehandlingen, og den har stått sterkt innenfor voksenpsykiatrien. Tidsmessig utgjør miljøterapien en stor del av behandlingen som en pasient mottar når han er innlagt i institusjon. Miljøet er ikke automatisk terapeutisk, men man må skape terapeutiske elementer gjennom å etablere utviklingsfremmende relasjoner og systemer (Vatne, 2006).

Begrepet miljøterapi kan defineres på følgende måte:

Miljøet skapes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser, slik disse viser seg i samspill med pasientene og oppleves av disse.

Miljøet skapes også av bidrag fra pasienter og personalet innenfor fysiske bygningsmessige og rommessige rammer, hvor også bygningens beliggenhet og fysiske omgivelser er en virksom faktor.

For mennesker med psykisk sykdom er miljøterapi å være og handle i og utenfor postmiljøet over tid.

(Henriksen et al., 2007 s. 5).

Definisjonen overfor er en presisering av John Gundersons definisjon, som for øvrig har vært en pionér i arbeidet med å utvikle miljøterapien. Gunderson (1983) beskriver ulike prosesser i miljøterapien som han kaller *containment* (beskyttelse), *support* (støtte), *structure* (struktur), *involvement* (engasjement) og *validation* (gyldiggjøring). (De norske oversettelsene i parentes er hentet fra Henriksen et al. 2007). Det hevdes at disse prosessene eksisterer i alle behandlingsmiljøer, uavhengig av miljøets størrelse, oppholdets varighet, bemanning eller behandlingsideologi (Gunderson, 1983).

Man kan bruke prosessene parallelt, og hvilke(n) prosess(er) man velger vil kunne variere med symptomene og adferden hos pasienten. Eksempelvis vil intervensjonen *containment* i følge Gunderson (1983) kunne anvendes både overfor pasienter som har en atferd som er vanskelig å korrigere, som har en utagerende atferd eller som har selvskadingsatferd. I tillegg kan pasienter i aktiv psykose som er forvirrede og impulsive ha nytte av intervensjonen (ibid.).

I det følgende beskrives *containment/beskyttelses*-begrepet litt grundigere, da det er denne prosessen innen miljøterapien som synes å være mest relevant for skjermingsmetoden. Henriksen et al. (2007) deler beskyttelsestiltakene inn i to hovedgrupper som er ivaretagelse og kontrolltiltak. Når pasienten har mangel på indre selvkontroll er han avhengig av at andre har den ytre kontrollen han selv mangler. Sykepleieren skal da hjelpe med å gjenvinne denne kontrollen ved å sette grenser. Pasienten skal også beskyttes mot blamering. Det er videre sykepleierens ansvar å sørge for at fysiske grenser er ivare tatt ved at fysiske gjenstander er sikret på en slik måte at pasienten ikke kan skade seg selv eller andre med dem. De fremhever at rolig og avslappende musikk kan være bra, men at man skal være oppmerksom på at stimuli fra fjernsyn og radio kan skape uro og forsterke angst (ibid.). Stimulusbegrensning og grensesetting inngår i *containment*, og beskrives mer utførlig i kapittel 2.4.2 og 2.4.3.

Hensikten med *containment* er midlertidig å forsterke pasientenes indre kontroll gjennom å lette belastningen lidelsen gir dem. Metoden er svært viktig overfor pasienter med stor psykotisk uro, aggresjon, suicidalitet, selvdestruksjon, psykose og manier. Det man skal være oppmerksom på ved stor grad av beskyttelse over tid, er at metoden kan virke depriverende og

undertrykke initiativ og håp, øke isolasjon og føre til regrediering (Gunderson, 1983; Henriksen et al., 2007).

2.4.2 Teorier om grensesetting

Norske bidrag som omhandler grensesetting blir i fokus i denne delen. I hovedsak er dette norsk sykepleielitteratur. Årsaken til at *grensesetting* ble valgt ut som et sentralt begrep i forbindelse med skjerming, er at Strand (1990) fremhever skjermingsmetoden som en forlengelse av grensesetting. Dette støttes av Norvoll (2007) som også påpeker at skjerming inngår i tenkingen om grensesetting ved å stoppe og korrigere urolig og uhensiktsmessig atferd. I tillegg inngår grensesetting i *containment*-tenkningen (Gunderson, 1983).

Grensesetting er et beskjedent omhandlet tema i litteraturen (Vatne, 2003; Strand, 1990; Vatne, 2006). I følge Vatne (2006) er tilnærminger ved grensesetting som konkret anvendes, hvordan det praktiseres og hva som skiller terapeutiske fremgangsmåter fra ikke-terapeutiske fremgangsmåter lite sammenhengende presentert i faglitteraturen.

Grensesetting er en metode som har historiske tradisjoner i psykiatrisk behandling, og inngår i den miljøterapeutiske prosessen kalt *containment* (Henriksen et al., 2007; Gunderson, 1983). Det er et omstridt virkemiddel, og benyttes for øvrig både i barneoppdragelse og pedagogikk i tillegg til i psykiatrisk arbeid (Vatne, 2003; Strand, 1990). Videre er grensesetting også et begrep i utviklingspsykologien (Vatne, 2003). Løkensgard (2005) definerer begrepet grensesetting som *å markere hvilke atferdsformer som ikke aksepteres i en gitt situasjon eller i et miljø* (s. 113). Eksempler på atferd som ikke aksepteres er at pasienten skader seg selv, opptrer ukontrollert eller ukritisk (ibid.). Strand (1990) sin definisjon er tydelig på at grensesetting har både en terapeutisk hensikt og en terapeutisk måte å gjøre det på. Begge forfatterne er tydelige på at grensesetting er å begrense uakseptabel atferd. Videre fremheves det at grensesetting er et nødvendig virkemiddel i mange situasjoner. Det brukes ofte uterapeutisk både med hensyn til kvalitet og omfang. Det kreves mye kunnskap, erfaring og personlig integritet for å utøve grensesetting terapeutisk godt. Strand (1990) hevder også at grensesettingen hjelper pasienten til jeg-samling og bedret mestring når den blir terapeutisk anvendt og utført. For at grensesettingen skal fungere terapeutisk forutsettes det at den gjøres på en måte som er støttende, at den gir struktur og at den bygger på et samspill som gir lite aggresjon og sinne (Vatne, 2003).

Grensesetting har elementer av oppdragelse i seg, og hvilke type oppdragelse grensesetting i psykiatrien bør være beskrives med stikkordene utvikle, veilede, sivilisere, lære opp og danne. Dette henspiller på den mer positive siden ved oppdragelse. Grensesettingen skal være en aktiv intervensjon, og den oppfordrer pasienten til å endre atferd. Videre beskrives det at grensesettingen kan utføres på følgende fire måter:

- verbalt
- verbalt med påpekning av fysiske konsekvenser
- verbalt påbud om fysisk begrensning
- fysisk inngripen som fysisk begrensning

(Strand, 1990, s. 88)

Strand (1990) har hovedfokus på den psykotiske pasienten og hans behov for grenser.

Utgangspunktet er at pasientens ego har mangelfulle grenser, og at det er helsepersonellet sitt ansvar å styrke disse grensene. Hensikten med grensesettingen er at den enkelte pasient skal bli i stand til å leve et tilfredsstillende liv i et sosialt fellesskap. Grensesettingen har fire hensikter som er 1) sikkerhet, 2) struktur, 3) beskyttelse mot stigmatisering og blamering og 4) læring. Sikkerhet dreier seg om å sette grenser for atferd som kan skade liv og helse. Når det gjelder struktur, beskrives den grensesettende rollen som å skape struktur i bekjempelsen av kaos, og det fremheves spesielt at den psykotiske mangler kontroll. Kontrollen må derfor ivaretas av sykepleieren. Når det gjelder beskyttelse mot stigmatisering og blamering, henspilles det her på at påfallende og ukritisk atferd virker skremmende på andre mennesker og kan lede til stigmatisering av pasienten. Sykepleieren må sette grenser for slik atferd og hindre at pasienten blamerer seg. Den siste hensikten er læring. Læring er en kontinuerlig prosess som pågår også gjennom en psykose. Læring i denne sammenhengen går ut på at pasienten får internalisert egne grenser eller at han lærer noe som gir varige endringer av hans atferd. Til slutt understrekes det at grensesettingens hensikt aldri skal være straff (ibid.).

I følge Vatne (2003) innebærer tilnærmingene til Strand elementer av både kontroll og terapi. Vatne (2003) fremhever også at det ikke er konkretisert hvordan grensesetting kan gjennomføres terapeutisk, og at det ikke er konkretisert når og hvordan grensesetting fungerer som straff. Forholdet mellom kontroll og terapi er derfor uavklart. Hun konkluderer derfor med at man kan se den samme tvetydigheten i norsk litteratur som i internasjonal, og at praksis og teoretisering rundt grensesetting derfor synes å ligge i spennet mellom kontroll (begrensning) og vekst (avgrensning, struktur og innsikt), som er rettet mot indre styring. Man skal være oppmerksom på at grensesetting går fra hjelper til pasient, og den er med andre ord

ensidig (Vatne, 2003). Dette er med på å gi ubalanse i maktforholdet mellom pasient og hjelper.

Eksempler på type atferd hvor grensesetting kan være nødvendig, er *destruktiv atferd* som i sin fysiske form ofte vil si vold mot personer og inventar, selv om det destruktive kan være av mer psykologisk karakter. *Utflytende atferd*, *utagering av følelser som hindrer nylæring* og visse andre typer av *ukritisk og uakseptabel atferd* kan også gjøre det nødvendig å sette grenser. Fellesnevneren for alle disse atferdstypene er at de er til skade for eller klart uheldig for pasienten selv, medpasienter og/eller personale (ibid.).

Strand (1990) hevder at mange pasienter vil oppleve det ivaretaende gjennom omsorg og respekt når sykepleieren setter grenser. Det føles trygt, og det er et signal om at det er ikke likegyldig hvordan en oppfører seg, og ens atferd betyr noe for noen andre. Dette støttes av Vatne (2003) som sier at grensesetting kan være en del av en strukturert behandlingstilnærming som er viktig for å skape trygghet hos pasientene. Norvoll (2007) fant i sin studie fra to akuttpsykiatriske poster at behandlingstenkningen ved grensesetting og korrigering var at det skulle hindre uønsket atferd og skape trygghet for pasienter som hadde mistet sin indre kontroll. Grensesettingen var viktigst i forhold til utadrettede og urolige pasienter, og formålet var å sikre rolig atferd. Skjerming kan sees på som en spesielt videregående form for grensesetting, og i denne sammenheng omtales også antipsykotiske medikamenter som en indre biologisk avskjerming (Strand, 1990).

Vatne og Fagermoen (2007) fant i en studie hvor 11 sykepleiere deltok, to ulike perspektiver for grensesetting - et korrigerende perspektiv og et anerkjennende perspektiv. Felles for begge er at de er fundert i sykepleiernes fokus på omsorg og i deres omsorgsgiverrolle. Det korrigerende perspektivet har et fokus på atferd forårsaket av diagnose og det vektlegger muligheten for å endre mennesker gjennom en ytre kontroll og grensesetting. Det anerkjennende perspektivet er basert på en forståelse av at pasientene er mennesker og vektlegger evnen til å endre seg selv innenifra. Det anerkjennende perspektivet blir sett på som et ideal for praksis.

2.4.3 Teorier om stimulusbegrensning

Jamfør definisjonen av skjerming presentert tidligere kapittel 2.2.1, er stimulusbegrensning⁹ en sentral side ved skjerming. Stimulusbegrensning er også sentralt innen teorier om miljøterapi i forbindelse med miljøterapiprosessen *containment* (Gunderson, 1983; Henriksen et al., 2007). Skjermingsdefinisjonen fra Ullevål, viser at stimulusreduksjon skal skje ved å trekke pasienten ut fra fellesmiljøet i avdelingen og inn på et dertil egnet rom, hvor han her skal oppholde seg sammen med et personalmedlem. Han kan utføre daglige gjøremål, men den sosiale kontakten begrenses. Tanken var at dette miljøskiftet skulle bedre pasientens tilstand gjennom å gi han mer oversikt over situasjonen og redusere forvirring, uro og angst (Vaglum et al., 1984).

Stimulusbegrensning er et begrep i psykiatrisk sykepleie hvis hensikt er å hjelpe pasienten - som er overstimulert, til å gjenvinne evnen til å organisere stimuli til meningsfulle aktiviteter. Årsakene til at pasienten er overstimulert kan være sirkulatoriske forstyrrelser i hjernen, nedsatt hukommelse, stress eller krisereaksjoner som gir en manglende evne til å sortere inngående stimuli og danne seg et helhetsinntrykk av situasjonen. En slik overstimulering fører vanligvis til angst og forvirring dersom man ikke får behandling. En viktig måte å behandle overstimulering på, er å regulere pasientens omgivelser, slik at han ikke utsettes for flere stimuli samtidig, og at mengden stimuli reduseres til et minimum. Her fremheves det spesielt at denne stimulusreduksjonen kan oppnås ved at pasienten *skjermes* og at bare ett personalmedlem på hvert skift er sammen med pasienten. Videre er det av betydning at pasienten har få ting å forholde seg til, få møbler, lite klær, få bøker, blader og aviser. Pasienten skal heller ikke høre radio eller se på fjernsyn, fordi det vil forverre tilstanden. (Krogh, 2002). Begrepet stimulusdosering blir også benyttet, og det henspeiler på organiserte hviletider og begrensning av TV og radio (ibid.). Begreper som ”frivillig skjerming” eller ”egenskjerming” beskrives i litteraturen. Dette vil si at pasienten frivillig oppholder seg på rommet, enten alene eller sammen med personale (Vatne, 2006). Dette kan i likhet med organiserte hviletider ses på som en form for stimulusdosering.

Norvoll (2007) fant i sin studie ved to akuttposter, at tenkningen om at personer med psykotiske eller urolige tilstander har behov for reduksjon av stimuli var viktig. Stimulusreduksjonen var den mest sentrale tenkningen bak skjerming. Videre fant hun at

⁹ I denne oppgaven brukes begrepene *stimuli* og *stimulus* om hverandre. Dette fordi ulike begreper anvendes i litteraturen.

denne tenkningen ble i liten grad problematisert på postene. Derimot fremstod den som en selvfølgelig og konvensjonell oppfatning på alle personalnivåer, fra ekstravakter til ledelse. Hva som skulle regnes som stimuli var noe uklart. Stimulusreduksjonens viktighet ble ofte begrunnet med gode, praktiske erfaringer som at skjerming bidro til å redusere forvirring og uro. Stimulusreduksjon ble oftest knyttet til psykotiske og maniske tilstander, men det ble også benyttet ved mer uspesifikke tilstander som å "være oppløst", "urolig", eller at man mente at pasientene ikke tålte det åpne og sosiale samværet på posten.

En rapport viser at man i internasjonal sammenheng går fra stimulibegrensning til stimulimodulering. Dette vil si at man tilpasser stimuli til pasientens behov for ro eller aktivitet til enhver tid, i stedet for et ensidig fokus på stimulibegrensning (Norvoll, 2008). Man synes også å gjenfinne denne utviklingen i Norge (Norvoll et al., 2008).

Skjermingsrommet

Norvoll (2007) fant at stimuliideologien ble knyttet til de fysiske egenskapene ved skjermingsrommet. Tradisjonelt skulle skjermingsrommets interiørmessige utforming redusere stimuli. Dette skulle ha en roende og samlende effekt på pasientens psykiske tilstand. Rommet skulle også gi ro og hvile. Man finner beskrivelser av at skjermingsrommet ofte er sparsomt møblert, eller helt uten møbler og med nakne vegger (Husum & Hjort, 2009).

Henriksen et al. (2007) diskuterer skjermingsrommets utforming. De påpeker at et nakent og kaldt rom kan signalisere til pasienten at han er lite verd og at man ikke forventer noen kontroll fra ham. Et vedlikeholdt rom med fine, avstemte farger og gardiner virker mer imøtekommende og gir et signal om at man har kontroll til å opprettholde det fine miljøet sammen.

Vaaler, Morken og Linaker (2005) fant i sin studie av skjermingsrommet at det ikke ser ut til å være noen hensikt å ha sparsomt innredede enheter. Studien gikk ut på at man innredet én skjermingsenhet hjemmekoselig som et typisk norsk hjem, og én mer som et tradisjonelt, sparsomt innredet skjermingsrom. Begge enheter lå i samme post, og pasientene ble tilfeldig fordelt på enhetene. Man fant ingen negative effekter av å endre det tradisjonelle interiøret, og man så et høyere antall utageringer inne på det nakne skjermingsrommet.

3 METODE

Dette kapitlet redegjør for metoden som er anvendt i denne studien. Først gjøres det rede for design og metode på generell basis. Det beskrives hva en survey er, og deretter hva en pilottest er. Årsaken til at teori om survey er tatt med, er at spørreskjemaet ble utviklet med tanke på at det skulle kunne brukes i en survey. Etter design- og metodedelen følger en redegjørelse for hvordan spørreskjemaet ble utviklet. Deretter beskrives gjennomføringen av pilottesten, strategi for å analysere data, redegjørelse for validitet og reliabilitet og til slutt beskrives forskningsetiske overveielser som ble gjort i forkant av at man utførte studien.

3.1 Design og metode

3.1.1 Survey, pilottest og egenskaper ved spørreskjema som metode

En forskningsdesign er en overordnet plan for gjennomføring av en studie (Fagermoen, Nord, Hanestad, & Bjørnsborg, 1998). Denne studien har en kvantitativ beskrivende design av type survey. En survey beskriver karakteristika, meninger, holdninger eller atferd slik de er representert i en populasjon og skal slik sett gi oversikt over variabler og forholdet mellom dem (Nord, 1998; Polit & Beck, 2008). Dette sammenfaller med innholdet for denne studiens problemstilling og forskningsspørsmål.

En pilotstudie er en småskalaversjon av en større studie, hvor hensikten er å teste ut metoden som skal brukes i den større studien. Fokuset er ikke å få svar på forskningsspørsmålene, men å teste ut om metoden i det hele tatt fungerer som forventet (Polit & Beck, 2008).

Metode for datainnsamling i denne studien er det utviklede spørreskjemaet. Valg av metode har bakgrunn i at det er gjort få kvantitative undersøkelser innenfor temaet. I tillegg er valget begrunnet i eget ønske om å lære kvantitativ metode. Spørreskjemaet ble utviklet av studenten selv i samråd med veiledere. Spørreskjemaet er fundert på tidligere studier og fagbøker i sykepleie, samt egen og eksperters erfaringer med temaet i praksis. I utviklingen av spørreskjemaet ble trinnene for utvikling av spørreskjema i Polit & Beck (2008) fulgt, med støtte i annen litteratur.

Spørreskjemaet har høy grad av struktur. Det inneholder flest lukkede spørsmål, noe som ikke gir rom for å gå i dybden. Bruk av spørreskjema gir en bredere kartlegging av problemstillingen. Fordelen med lukkede spørsmål er i følge Polit & Beck (2008) at de er mer effektive da respondenten kan besvare flere spørsmål på kortere tid, enn dersom man velger åpne spørsmål. Gode lukkede spørsmål er ofte vanskelige å utvikle, men de er enkle å administrere og analysere. Noen fordeler med spørreskjema som datainnsamlingsmetode kan være at det er en relativt rimelig og effektiv måte å samle inn data på. I tråd med metodelitteraturens anbefalinger ble det valgt selvrapporteringsskjema, hvor respondenten får utdelt et spørreskjema som han selv besvarer og returnerer. Fordeler med selvrapporteringsskjema er at alle kan administrere det, og det behøves ingen opplæring. Ulemper kan være at informasjon går tapt ved at skjemaet ikke greier å favne kompleksiteten i et felt (ibid).

3.1.2 Distribusjon av spørreskjema

Det er to hovedmåter å distribuere spørreskjemaene til potensielle respondenter; *postenquôte* og *grupeerquôte*. Ved førstnevnte distribueres spørreskjemaet pr. post, mens ved sistnevnte deles spørreskjemaet direkte ut til en gruppe (Lund & Haugen, 2006). I denne studien er det mest hensiktsmessig å bruke *grupeerquôte*, hvor spørreskjemaene deles direkte ut til miljøpersonellet ved utvalgte psykiatriske poster. Det er da hensiktsmessig å ha en ansvarlig ved hver post som kan sørge for at spørreskjemaene blir samlet inn igjen.

3.2 Utarbeidelse av spørreskjema

Utvikling av spørreskjema er en trinnvis prosess (Fink, 2009; Polit & Beck, 2008; Haraldsen, 1999; Bradburn, Wansink, & Sudman, 2004). I denne studien er det valgt en teoristyrte metode, som vil si at spørsmålsutviklingen er styrt av aktuell teori og litteratur (Haraldsen, 1999). I metodelitteraturen anbefales man å bruke tilgjengelige spørreskjema som er relevante i forhold til problemstillingen fordi disse er "ferdigvaliderte". At skjemaet er validert vil si at spørsmålene er testet ut og mindre gode spørsmål er lukket ut slik at man sitter igjen med de spørsmålene som best egner seg til å måle det begrepet eller fenomenet man ønsker og utforske (Fink, 2009; Polit & Beck, 2008; Jacobsen, 2005). Som man vil se av litteraturgjennomgangen nedenfor, var det vanskelig å finne et ferdig instrument som målte det man ønsket å undersøke med denne studien, derfor var det nødvendig å bruke en

søkestrategi som var egnet til å belyse temaet fullt og helt, slik at man fikk god hjelp med å finne relevante dimensjoner og spørsmål.

3.2.1 Litteraturgjennomgang

Litteraturgjennomgangen er gjort med hovedformål å finne norske bidrag om skjerming. Dette fordi skjerming regnes som en særnorsk metode. Søk i internasjonale databaser er likevel gjort for å finne norske bidrag om skjerming som er utgitt i internasjonale tidsskrifter. Det ble også gjort søk på *seclusion*-begrepet da det synes som at begrunnelsene for skjerming og *seclusion* har en del fellestrekk. Det ble gjort brede søk, fordi det behøvdes mye informasjon om skjermingsbegrepet for å kunne operasjonalisere det og lage gode spørsmål i spørreskjemaet. Det var utfordrende å velge ut litteratur da det var få treff som direkte omhandlet det som var mest relevant i forhold til problemstilling og metode. Som beskrevet under, er det derfor valgt ut en god del litteratur som går igjen i referanselistene til sentrale bidrag om skjerming.

Det ble gjort søk i databasen SweMed+, samt i tidsskrifter som ”Tidsskrift for Den norske legeforening” og ”Vård i Norden” med søkeord som *skjerming*, *kartlegging* og *praksis* i ulike kombinasjoner. Noe instrument som var ment å kartlegge skjermingspraksis ble ikke funnet, men det var noen treff på artikler som omhandlet skjerming. Det ble også gjort enkelte bredere søk med søkeord som *tvang* og *psykisk helsevern*. Det var lite litteratur med kvantitativ metode som omhandlet innholdet i skjermingsbegrepet, men det var noen kvalitative studier som gir kunnskap om personalets opplevelser og hva de vurderer som relevante tiltak innen skjermingspraksis.

Det ble utført søk i internasjonale databaser som MEDLINE, Pubmed, CINAHL, Cochrane og PsychINFO med søkeordene *seclusion*, *open-area seclusion*, *coercion*, *restraint*, *survey*, *questionnaire* og *staffs attitude* i ulike kombinasjoner. Først og fremst ble det søkt etter et instrument som kunne brukes for å besvare problemstillingen, men det ble ikke funnet noe som var relevant. Man har ellers funnet studier som omhandler personalets og pasienters erfaringer og opplevelse av skjerming. Det var mange treff på *seclusion*, *coercion* og *restraint*, og en del av denne litteraturen er gjennomgått som hjelp og inspirasjon i arbeidet med å operasjonalisere skjermingsbegrepet.

Søk ble utført i BIBSYS for å finne litteratur om psykiatrisk sykepleie og skjerming.

Referanselistene i sentrale bidrag om skjerming ble gjennomgått, og en del av litteraturen ble funnet på den måten. Sentrale bidrag var lærebøker i psykiatrisk sykepleie, doktorgradsavhandlinger, mastergradsavhandlinger og lignende.

I tillegg til litteraturen som er beskrevet over, er det anvendt en del grå litteratur som rapporter fra SINTEF Helse, Brukerundersøkelser, Tvangsmiddelstatistikker, NOU'er, Stortingsproposisjoner og andre. Grå litteratur (*grey literature*) kan sies å være forskning publisert som offentlige rapporter, utredninger, interne rapporter og publikasjoner osv, men som ikke er publisert i artikkelform i tidsskrifter (Debachere, 1995).

3.2.2 Spørreskjema for kartlegging av skjermingspraksis

Spørreskjemaet som ligger til grunn for denne studien har blitt utviklet i samarbeid med veiledere på grunnlag av litteratur og erfaring med tema. I tråd med Polit og Beck (2008) sine anbefalinger har det blitt innhentet tilbakemeldinger fra eksperter for å hjelpe med å bygge opp et godt spørreskjema med tanke på innhold, struktur og tekniske forhold. I prosessen fram mot det endelige spørreskjemaet, arbeidet studenten i tett samarbeid med veiledere, som begge har lang erfaring med utforming og bruk av spørreskjema som metode.

Fremgangsmåten for å utvikle et spørreskjema er i følge Polit & Beck (2008) å starte med å tilegne seg kunnskap om temaet. Man må søke å bli ekspert på temaet man skal utforske. Fink (2009) støtter dette, og fraråder å bruke sine egne definisjoner da man ikke vil ha noen garanti for begrepets validitet. Det ble utført en grundig litteraturgjennomgang av norsk og internasjonal litteratur. Hovedvekten ble lagt på den norske litteraturen da, som tidligere beskrevet, det internasjonale begrepet "seclusion" ofte gjenspeiler en annen praksis enn den norske. Underveis i lesningen ble det notert kategorier og sortert ulike aspekter inn i disse. Først så man for seg et spørreskjema med alle disse kategoriene, men i samråd med veiledere ble det avgrenset til et lite utvalg. Det som til slutt skulle undersøkes var *hvilke tiltak inngår i skjermingspraksis, og om tre pasienter med spesifikke atferdsmønstre sannsynligvis vil bli skjermet av personalet*.

Neste trinn i prosessen er å sortere litteraturen i separate konsepter/dimensjoner med alle relaterte aspekter som man identifiserer. Da har man ulike dimensjoner man vil stille spørsmål om (Fink, 2009; Polit & Beck, 2008; Bradburn et al., 2004; Haraldsen, 1999). Opprinnelig ble

data samlet inn under følgende dimensjoner: *indikasjon for å sette i gang skjerming, gjennomføring av skjerming, hensikten med skjerming, avslutning av skjerming og mulig effekt av skjerming*. Dimensjonen vi endte opp med å utforske var *gjennomføring av skjerming*. Under overskriften *gjennomføring av skjerming* kan man identifisere mange aktuelle underpunkter, se pkt. ”Operasjonalisering av begreper”.

Operasjonalisering av begreper

Begrepene og dimensjonene som ble identifisert, var rent teoretiske og ikke direkte målbare. For å studere teoretiske begreper empirisk, må man først få avklart hvilke observerbare fenomen som skal brukes som indikator på disse (Kleven, 2002a). For å lage relevante spørsmål i forhold til problemstilling må begreper og dimensjoner operasjonaliseres, noe som vil si *konkretiseres* i delkomponenter (Jacobsen, 2005; Polit & Beck, 2008). Den dimensjonen som utpekte seg som mest interessant og utforske, var *gjennomføring av skjerming*, altså hva foregår når man er skjermet? Hva består skjermingen i? For å operasjonalisere denne dimensjonen ble litteraturen sortert i fem kategorier; *stimulusbegrensning, grensesetting, miljøterapi, tilsyn/rom og tvangsmidler* (se vedlegg 6). Alle disse kategoriene var hovedtema som syntes å utpeke seg i litteraturen. Kategoriene gjorde at nye undergrupper ble tydelige, og det ble stilt spørsmål som utdypet dimensjonen *gjennomføring av skjerming* som for eksempel *hvordan gjennomføres skjermingen rent praktisk med romlige forhold? Er det personale til stede? Har pasienten lov til å ha kontakt med omverdenen? Er det restriksjoner i pasientens bruk og oppbevaring av private eiendeler? Er personale kontinuerlig sammen med pasienten eller har han/hun lov til å oppholde seg alene i perioder? Blir tvangsmiddelbruk betraktet som en del av skjermingen? Får pasienten lov til å holde på med aktiviteter?* Disse spørsmålene dannet igjen grunnlag for utvikling av spørsmålene i spørreskjemaet.

3.2.3 Utvikling av spørsmål

Etter å ha operasjonalisert begrepene/dimensjonene skulle spørsmålene utvikles. Siden hensikten med denne oppgaven er å kartlegge skjerming, ble det stilt spørsmål om skjerming i vid forstand i håp om å kunne sirkle inn fenomenet. Når man skal lage gode spørsmål er det viktig at de er presise, og formulert med et enkelt og forståelig språk. Spørsmålene må gi informasjon om det man er interessert i, og man må ikke spørre etter flere ting i ett og samme spørsmål (Bradburn et al., 2004; Polit & Beck, 2008).

Spørsmålene¹⁰ ble formulert ut fra egen fantasi og tilegnet kunnskap. Operasjonaliseringen av dimensjonen *gjennomføring av skjerming* stod sentralt i arbeidet. Spørsmålene ble deretter gjennomgått i samarbeid med veilederne, og de ble omformulert og presisert slik at de skulle være klare og forståelige. Ut i fra disse spørsmålene med flere, endte vi opp med spørreskjemaets nåværende design (se vedlegg 1).

3.2.4 Layout

Et spørreskjemas utseende er av stor betydning for respondentens opplevelse av å besvare det, og for svarprosenten (Fink, 2009). Den endelige lengden på spørreskjemaet, 106 spørsmål fordelt på fem sider, fremstår nok som noe tettskrevet sammenlignet med metodelitteraturens anbefalinger om god plass mellom spørsmålene (Fink, 2009; Bradburn et al., 2004; Polit & Beck, 2008). Likevel gjør bruk av samme svarskala for alle spørsmålene, samt gråfarging av annenhver linje at spørreskjemaet fremstår som oversiktlig.

Man anbefales å starte med interessante og motiverende, men ikke for sensitive spørsmål i et spørreskjema. Dette for at skjemaet skal fremstå som meningsfylt og innbydende å svare på (Bradburn et al., 2004; Polit & Beck, 2008). På grunnlag av dette valgte vi å starte med demografiske spørsmål som oppfattes som skjemaets ”enkleste” spørsmål å besvare. Det er seks demografiske spørsmål, deretter følger fire sider med 25 spørsmål (tiltak). Spørsmålene er de samme alle fire ganger, noe som også trolig letter opplevelsen av å besvare et tettskrevet spørreskjema.

Spørreskjemaet er delt inn i tre deler (se vedlegg 1). I del 1 spørres det etter demografiske data som kjønn, alder, arbeidssted, type post, stilling, om man har videreutdanning i psykisk helsearbeid eller ikke og antall år arbeidserfaring i psykisk helsevern. Del 2 består av tre case hvor tre fiktive pasienter beskrives. Casene er konstruert på bakgrunn av litteratur om diagnose og symptomer, samt egen erfaring fra praksis. Respondentene blir bedt om å vurdere relevansen til 25 ulike tiltak i forhold til hver pasient. Hensikten med casene er at de forhåpentligvis skal gi en pekepinn på om man tenker forskjellig om aktuell behandling til de ”samme” pasientene på tvers av avdelinger og sykehus. I del 3 bes respondentene om å vurdere de samme 25 tiltakenes relevans i forhold til om tiltaket er skjerming. Hver del har også en åpen kategori hvor respondentene bes om å oppgi tiltak de savner.

¹⁰ Spørsmålene er ikke spørsmål i ordets rette forstand, men de er formulert som sykepleiefaglige tiltak.

3.2.5 Pasientcase

Den amerikanske sykepleieforskeren Patricia Benner har blant annet forsket på sykepleieres utvikling av praktisk kunnskap. Hun anvender begrepet *paradigmer*, og tolker dette til å være når sykepleieren utøver praksis intuitivt gjennom å sammenligne tidligere *erfaring* med en aktuell situasjon. Dette er mønstereksempler som omfatter både innhold, intensjoner, forventninger, kontekst, prosess, struktur og resultater. Hun definerer paradigme-case som følger; *a clinical experience that stands out and alters the way nurses perceive and understand future clinical situations. Paradigm cases create new clinical understandings and open new clinical perspectives and alternatives* (Benner, 1984 s. 178). Ekspertise kan ikke sees uavhengig av situasjonen, og eksperter på klinisk sykepleie kjennetegnes gjennom at de bruker konkrete erfaringer som de styrer praksis etter (ibid.). Teori om paradigme-case minner om etikkens kasuistikk som metode, hvor man vurderer en gitt situasjon i lys av tidligere lignende situasjoner og erfaringer (Ruyter, Førde, & Solbakk, 2007). Kjernen i kasuistisk argumentasjon er å sammenligne ulike tilfeller for å vurdere et foreliggende tilfelle (ibid.).

Hensikten med å anvende pasientcase som en del av denne studien, er å sette respondentene (klinikerne) inn i en kontekst som forhåpentligvis vil minne dem om tidligere erfaringer og deretter rangere aktuelle tiltak på bakgrunn av refleksjonene de gjør seg ved å lese pasientcasene.

Casene gir beskrivelser av tre ulike pasienter. Det er ikke nevnt noen diagnose, men tanken er at den første pasienten som beskrives er psykotisk, forvirret og potensielt til fare for andre, mens den andre pasienten er deprimert og muligens suicidal. Til sist beskrives en tredje pasient som er manisk og forvirret og forstyrrer freden og roen i avdelingen.

3.2.6 Svaralternativer/skala

Skalaen som benyttes i spørreskjemaets del 2 og 3 er en ordinal skala som går fra 1 til 5. 1 = ikke relevant, 2 = lite relevant, 3 = noe relevant, 4 = nokså relevant og 5 = svært relevant. Spørreskjemaet er strukturert, man får stort sett lukkede spørsmål, og man får svaralternativer i form av ja/nei, Likert-type skala eller ordinal skala. På slutten av del 2 og etter hver case blir man spurt om det er noen alternativer man savner, altså et åpent spørsmål hvor man gis anledning til å svare noe mer utfyllende.

Fordelen med de lukkede svaralternativene er at det letter analysearbeidet, men også tiden det tar å besvare undersøkelsen for respondentene (Johannessen, 2009; Fink, 2009). Mulige ulemper med lukkede spørsmål kan være at respondenten føler seg tvunget til å velge et alternativ som ikke føles riktig. En annen ulempe kan være at man ikke får frem viktige svar på spørsmål som ikke lar seg fange opp i et standardisert format (Fink, 2009; Polit & Beck, 2008). I denne studien ble muligheten for å gi åpne svar inkludert til sist i hver del. Man fikk mulighet til å komme med kommentarer og forslag til andre tiltak. Dette fordi skjermingspraksis og skjermingsbegrepet inneholder mange uklarheter, og at det derfor var sannsynlig at man kunne savne relevante tiltak som ikke var gitt som alternativ.

3.2.7 Gjennomføring av pretest

Før spørreskjemaet ble prøvd ut på pilotstudiens utvalg, ble det i henhold til Bradburn et al.'s (2004) anbefalinger pretestet av en gruppe med eksperter på temaet, samt av erfarne sykepleiere og én ufaglært miljøarbeider. Gruppen ble plukket ut i samsvar med Lund og Haugens (2006) anbefalinger, som sier at ved en pilotstudie vil en velge ut få og relevante personer som en prøver ut spørreskjemaet på. Testgruppen hadde faglig bakgrunn fra forskjellig type poster og forskjellige sykehus innen psykisk helsevern. De forespurte fikk utdelt spørreskjemaet som de besvarte. Tidsbruken ble målt, og de brukte mellom 9 og 17 minutter på selve utfyllingen. Etter at de hadde fylt ut skjemaet, satt vi i en gruppe og diskuterte hvordan de hadde opplevd å gjøre dette. Fokuset var på om de mente at spørsmålene var klart formulert, om de forstod casene, og om de kunne kjenne seg igjen i dem.

Testgruppen ble bedt om å sette overskrift/tema på de tre casene. Titlene de satte var sammenfallende med tematikken som var tenkt. Videre viste opptellingen at det var god spredning blant svarene, testgruppen svarte ikke sammenfallende på mange spørsmål. "Face validity" vil si i hvilken grad et instrument måler hva det ser ut til å måle (Polit & Beck, 2008). Spørreskjemaets "face validity" ble etter noen små justeringer vurdert til å være god blant eksperter og klinikere. Kritikken fra ekspertene gikk på at casene ble instrumentelle og oppkonstruerte i forhold til begreper som ble anvendt. De kom med forslag til endring av ordbruk som kunne virke krenkende, for eksempel gjorde dette at begrep som *å blamere seg* ble utelatt. Ekspertene mente at casene ville være gjenkjennelige for de som arbeidet i klinikken. Klinikerne understrekte nettopp dét, at casene gjenspeilet deres hverdag i klinikken, og at de derfor var gode, typiske eksempler fra praksis. Resultatet av pretesten ble

at noen flere tiltak ble tatt inn i spørreskjemaet, samt at noen begreper i casene ble omformulert. I tillegg ble det gjort noen små justeringer på informasjonsskrivet som ble gitt til respondentene i pilottesten.

3.3 Gjennomføring av pilottesten

3.3.1 Studiens utvalg

I forhold til surveydesign er utvalgsprosedyrer essensielle for å kunne ivareta generaliserbarhet. Ved surveydesign er vanligvis målet å kunne uttale seg om hva en større gruppe mennesker mener om noe, ut fra å spørre en mindre gruppe mennesker. Altså ønsker man å finne ut hva populasjonen mener ut fra å spørre et utvalg. Det ideelle er sannsynlighetsutvelging hvor man kan se for seg at man trekker tilfeldig ut respondenter fra hele populasjonen. Denne metoden gir god ytre validitet, og man kan si at resultatene er generaliserbare til hele populasjonen. Vel så ofte benyttes det som kan kalles vilkårlig utvalg, hvor en for eksempel velger ut to skoleklasser eller noen som følger et bestemt kurs ved et universitet. Ytre validitet vil da bli lavere enn ved sannsynlighetsutvelging (Lund & Haugen, 2006). Utvalgsprosedyrer er ikke like essensielle i pilotstudier, men det kan være hensiktsmessig å ha et utvalg som ligner det man skal ha i surveyen, fordi man da får testet ut om undersøkelsen fungerer på det utvalget studien skal gjennomføres blant senere (Polit & Beck, 2008; Bradburn et al., 2004). Bradburn et al. (2004) anbefaler at pilottester utføres på en slik måte at man kan intervju respondentene i etterkant for å avdekke om enkelte spørsmål er vanskelige å svare på og lignende. I samråd med veiledere vurderte vi det til at dette ikke var nødvendig ettersom pretesten fungerte som en slik pilottest. Videre kan en pilottest gjennomført på samme måte som man tenker gjennomføring av studien, være hensiktsmessig for å undersøke hvilken interesse potensielle respondenter har for å svare. Dersom en pilotstudie gir utilfredsstillende svarprosent, vil det kunne føre til endringer i datainnsamlingsprosedyren eller endringer av design (ibid.).

Den teoretiske populasjonen i denne studien var alle miljøpersonell ved alle akuttpsykiatriske- og lukkede langtidsposter i Norge. Utvalget var en form for vilkårlig utvalg, da alle miljøpersonell ved åtte psykiatriske døgnposter ved to sykehus ble spurt. De ble da valgt ut på grunnlag av at de arbeidet ved den bestemte posten. Det ene sykehuset var et stort Universitetssykehus, mens det andre var et mindre lokalsykehus. Fire akuttposter og fire

lukkede langtidsposter hvorav én post var en sikkerhetspost, deltok i studien. Det var én kontaktperson ved hver post som fikk informasjon om studien. Denne hadde ansvar for å dele ut undersøkelsen til alle miljøpersonell. Det ble sendt ut tre purringer. Det teoretiske utvalget var 331 personer og det kom inn 89 svar, noe som gir en svarprosent på 26,9. To spørreskjemaer ble ekskludert fordi to av respondentene kun hadde besvart én til halvannen side av spørreundersøkelsen på fire sider. Antallet spørreskjema i analysene er derfor 87, og svarprosenten er da 26,3.

Skjevhet i utvalget – bias

Dersom man har systematisk over- eller underrepresentasjon av en undergruppe i et utvalg kan man snakke om *bias*. Man henter derfor inn demografiske data for å ha en viss kontroll over hvilke egenskaper de som svarer har, men man vet likevel ikke så mye om de som ikke svarer. Når man har en bestemt variasjon av egenskaper i en populasjon skal man vanligvis gjenfinne samme variasjon i utvalget (Polit & Beck, 2008). Utvalget i denne studien virket til å være nokså likt det man vet om populasjonen (se kapittel 5.3.1).

3.3.2 Tilgang til respondentene

Studien ble formet som et pilotprosjekt ved akuttpsykiatriske og lukkede langtidsposter. Respondentenes deltakelse var anonym. Det ble sendt skriftlige forespørsler til avdelingssjefene/avdelingsdirektørene ved de enkelte avdelinger med spørsmål om å delta i studien (se vedlegg 2). Avdelingssykepleierne ble bedt om å oppnevne én kontaktperson for hver post, og disse hjalp til med å administrere spørreskjemaene. Alle kontaktpersoner samtykket muntlig i dette. Søknaden ble godkjent av alle instanser (se vedlegg 3). I tillegg ble studien meldt til personvernombudene ved de enkelte sykehusene.

3.3.3 Datainnsamling

Spørreskjemaene ble delt ut til alle miljøpersonell ved de åtte avdelingene. En sykepleier ved hver post hadde ansvar for administrering av spørreskjemaene. Det ble purret tre ganger. Spørreskjemaene ble samlet inn i felles konvolutt og oversendt studenten. Spørreskjemaets forside inneholdt informasjon om studien og informasjon om at ved å levere spørreskjema samtykket man i å delta i studien.

3.4 Analyse av data

I en forskningsprosess består analysefasen i å organisere data man har samlet inn. Deretter trekker man ut og analyserer de data man trenger for å besvare studiens problemstilling og forskningsspørsmål (Polit & Beck, 2008). Når man skal velge hvilke analyser man ønsker å anvende, avhenger det av forskningsspørsmålene, samt av variablenes natur og hvilke underliggende forutsetninger som legges til grunn for hver statistisk test (Pallant, 2010; Field, 2009). I analysearbeidet i denne studien ble statistikkprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) fra PASW Statistics 18 benyttet. De innhentede data ble tallkodet og lagt inn i en datamatrise. Variablenes målenivå ble identifisert. Variablene i spørreskjemaets del 1 er dikotome, kategoriske og kontinuerlige, mens variablene i del 2 og del 3 er ordinale (gradert skala). Etter at man ved faktoranalyse har identifisert de spørsmål som sammen beskriver en dimensjon (faktor), har man for hver dimensjon (faktor) definert en indeks som er gjennomsnittet av variablene i dimensjonen. Disse indeksene kan ha ulike verdier mellom 1 og 5, og de blir derfor behandlet som kontinuerlige variabler i de statistiske analysene. En variabls målenivå sier noe om kjennetegnene ved variabelens verdier, og målenivået angir hvilke statistiske analyser det er meningsfylt å foreta (Johannessen, 2009).

3.4.1 Analyse av spørreskjemaets validitet og reliabilitet

For å teste spørreskjemaets validitet ble det utført faktoranalyse med varimax rotasjon. Reliabilitet (intern konsistens) av de enkelte indeksene/faktorene ble testet med utregning av Cronbachs alfa for den enkelte faktor.

Faktoranalyse

Det ble utført en faktoranalyse av spørreskjemaets del 3 (skjerming) for å se om man kunne avdekke underliggende dimensjoner i settet med spørsmål. En faktoranalyse er en objektiv, empirisk metode for å identifisere klynger av relaterte variabler ved å gruppere ulike dimensjoner/enheter som måler samme underliggende faktor i et større datasett (Polit & Beck, 2008). I følge Kleven (2002a) kan faktoranalyse være en empirisk måte å vurdere en undersøkelses begrepsvaliditet på. Hensikten kan være å summere data, slik at man får færre komponenter å forholde seg til. Man studerer forholdet mellom variabler, eller den interne strukturen i ett sett av variabler.

Når en skal gjøre faktoranalyse har det vært anbefalt å ha 10 (Polit & Beck, 2008; Nunnally, 1978), eller 5-10 (Kass & Tinsley, 1979) ganger så mange respondenter som variabler, og mange forskere har fulgt dette i praksis. Andre har vurdert at størrelsen på materialet er det viktigste, og Tabachnick og Fidell (2007) anbefaler at et materiale på 300 respondenter er ønskelig for å gjøre en faktoranalyse. Videre nevner de også at mye avhenger av hvordan materialet er. Nyere analyser har vist at i noen tilfeller kan 100 eller så lavt som 50 respondenter være tilstrekkelig (Sapnas & Zeller, 2002). Med felles varians (*communality*) over 0,60 for alle variablene, kan et materiale på under 100 være helt adekvat (MacCallum, Widaman, Zhang, & Hong, 1999). I denne undersøkelsen fikk man inn 87 svar. Skal man følge anbefalingene om 10 ganger så mange respondenter som variabler, burde man hatt 250 svar. Men som man ser av diskusjonen over, kan det, i tråd med noen forutsetninger for verdier av felles varians, være mulig å gjennomføre en faktoranalyse av et mer begrenset materiale. I dette materialet, var felles varians over 0,60 for 24 spørsmål og bare litt under 0,60 for ett spørsmål (0,57). Dette kan tale for at faktoranalyse av dette materialet kan være mulig selv om materialet er relativt lite.

Andre vilkår for å utføre en god faktoranalyse er at Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) verdien er over 0,6, og at Bartlett's Test of Sphericity er signifikant ($p < 0.05$) (Polit & Beck, 2008; Field, 2009). For materialet i denne studien er KMO 0,57 og Bartlett's Test of Sphericity $< 0,10$. Også disse verdiene ligger altså litt utenfor det som er ønskelig for å kunne utføre en faktoranalyse.

I denne oppgaven ble det valgt 0,40 som verdi av faktorladningene for at et spørsmål skal inkluderes i en faktor. Forskere bruker ofte faktorladninger på 0,30 eller 0,40 som nedre grense for hvilke spørsmål som skal regnes med i en faktor eller dimensjon. Egenskapene i materialet har mye å si, og gjør at det ikke finnes en enkel regel. Bøker om multivariate statistiske analyser gir ingen sikre svar på hva en slik grense skal være. I en omfattende omtale av faktoranalyse gir Tabachnick og Fidell (2007) en tommefingerregel om at bare faktorladninger som er 0,32 eller høyere skal regnes med. Hovedtesten på resultatene av en faktoranalyse er om faktorene (dimensjonene) gir en meningsfull tolkning. Field (2009) anbefaler 0,40 som nedre grense, og viser til råd om dette fra Stevens (2002) som ved analyser har vist at jo mindre materiale man har, jo høyere faktorladninger bør man bruke. Ut fra dette har vi valgt å bruke 0,40 som nedre grense for faktorladninger for spørsmål som skal regnes med i en faktor.

I samråd med veiledere ble det på grunnlag av diskusjonen presentert i dette kapittelet, valgt å utføre faktoranalyse for å se om man kunne se noe mønster i materialet. Årsaken til at resultatene av faktoranalysen blir presentert i denne masteroppgaven, er at den viser et klart mønster av 8 faktorer som samsvarer godt med de dimensjonene man har sett diskutert i teoretiske og kliniske artikler om skjerming. Faktorene ble navngitt ut fra tematikk i spørsmålene som grupperte seg i faktoren. Cronbachs Alpha for de ulike faktorene har stort sett også en høy eller akseptabel verdi.

Cronbachs Alpha

Cronbachs Alpha er den vanligste statistiske analysemetoden for å teste en skalas reliabilitet (intern konsistens). Man kan også analysere Cronbachs Alpha for en dimensjon eller en indeks i et spørreskjema. Denne metoden gir en indikasjon på gjennomsnittlig korrelasjon mellom alle elementene som utgjør skalaen. Verdiene spenner fra 0 til 1, hvor høyere verdi indikerer høyere reliabilitet. Verdi av Cronbachs Alpha på $\geq 0,7$ regnes som akseptabelt, mens verdi over 0,8 er foretrukket. Svært lave verdier (under 0,3) indikerer at dimensjonen måler noe annet enn skalaen som helhet (Pallant, 2010).

3.4.2 Analyse av forskningsspørsmålene

For å besvare forskningsspørsmålene ble det benyttet deskriptiv statistikk i form av analyse av frekvensmål (antall og prosent), sentralmål (gjennomsnitt) og variasjon (standardavvik). Det ble også utført Mann-Whitney U-tester for å se på forskjeller mellom avdelinger og sykehus. Signifikansnivået for analysene var på $p \leq 0,05$ (Pallant, 2010).

3.4.3 Missing data

Det var relativt lite missing i datasettet. Når det gjaldt demografiske data var det tre personer som ikke hadde besvart hvilket kjønn, to som ikke hadde besvart hvilken post de arbeidet på og én person som ikke hadde besvart hvorvidt han/hun hadde videreutdanning eller ikke. Når det gjelder spørsmålet om døgnpost, var det i spørreskjemaet bare spurt etter type post; akutt- eller langtidspost, men vi hadde bedt om å få spørreskjemaene returnert separat fra de enkelte postene slik at vi skulle kunne kode dem og skille postene fra hverandre. To spørreskjema ble sendt separat uten noen merking med spesifikk døgnpost. De er derfor ikke med i analysene der man ser på om det er forskjeller mellom postene. Missing pr spørsmål var fra 0 % til 4,6

% på case 1, fra 0 % til 3,4 % på case 2, fra 0 % til 3,4 % på case 3 og fra 3,4 % til 8,0 % på del 3, ”Skjerming”. På del 3 var det for øvrig tre personer som ikke hadde besvart et eneste spørsmål, noe som bidrar til at missing var større på denne delen.

Missing data ble håndtert på ulike måter avhengig av hva som manglet. To av spørreskjemaene ble ekskludert grunnet at respondentene kun hadde besvart én til halvannen side av skjemaet på fire sider. Det er mange spørsmål pr side (25) og skjemaet er forholdsvis tettskrevet, dette gjør at det kan være muligheter for å svare to ganger på samme linje og hoppe over en linje osv. Det ble laget regler på forhånd for hvordan missing av denne typen skulle behandles. Dersom noen hadde krysset av i to bokser på samme spørsmål, ble det valgt å legge inn verdien i mellom dersom det var et mellomrom. For eksempel ble verdien ”3” dersom de hadde krysset av for både ”2” og ”4”. Dersom de hadde krysset av for to bokser ved siden av hverandre, valgte man den høyeste og den laveste verdien annenhver gang, slik at det skulle bli en viss tilfeldighet i skåringene. Der hvor det ikke var krysset av i det hele tatt valgte man å gå ut i fra gjennomsnittsskåringen for hele utvalget når verdien ble skåret. Det var tre spørreskjema hvor den siste siden manglet, der ble det ikke gjort noe med missing, og i denne delen av materialet er det minimum 3 som er missing på alle spørsmål. Generelt var det ikke mye missing data i materialet.

3.5 Reliabilitet og validitet

Å gjøre teori virksom i det kliniske felt er en velkjent utfordring i empirisk forskning. Teoretiske begreper samsvarer ikke umiddelbart med virkeligheten. Man er nødt til å benytte seg av observerbare indikatorer på begrepene – de må operasjonaliseres for å kunne gi betydning i praksis. Disse indikatorene er ikke fullstendige representasjoner for begrepene som studeres, og på grunn av dette er enhver ”måling” eller undersøkelse beheftet med feil. Disse feilene kan deles inn i tilfeldige målingsfeil og systematiske målingsfeil. Målingsfeilene danner utgangspunkt for diskusjon av reliabilitet og validitet. Reliabilitet har med en undersøkelses tilfeldige målingsfeil og gjøre, mens validitet har med systematiske målingsfeil og gjøre (Kleven, 2002a).

Validitet og reliabilitet er sammen viktige kriterier for målingers gyldighet og pålitelighet. Begrepene brukes for å beskrive kvaliteten av en undersøkelse og av et måleinstrument som sådan (Lund, Christophersen, Kleven, & Kvernbekk, 2002; Fink, 2009). At en spørreundersøkelse har god reliabilitet vil si at den gir konsistente og nøyaktige målinger av

de kjennetegn vi er opptatt av, at målingen er pålitelig (Kleven, 2002a). Validitet sier noe om undersøkelsens gyldighet. En forutsetning for god validitet er at det er høyt samsvar mellom den teoretiske definisjonen av et begrep og operasjonaliseringen av begrepet. Validitet kan sies å være i hvilken grad en test måler hva den sier at den måler (Kleven, 2002a).

Dette kapittelet gjør rede for reliabilitet, begrepsvaliditet, konvergerende og diskriminerende validitet. Til slutt vil noen betraktninger om ytre validitet også bli presentert.

3.5.1 Reliabilitet

Som nevnt i innledningen har reliabilitet å gjøre med en undersøkelses tilfeldige målingsfeil. Tilfeldige målingsfeil vil si feil som oppfører seg tilfeldig og dette er feil som jevner seg ut i det lange løp. Reliabilitet kan oversettes med *pålitelighet* og er et uttrykk for i hvilken grad data er fri for tilfeldige målingsfeil. Dette er da et spørsmål om hvor nøyaktig eller konsistent en test måler det den skal måle. Dersom en måling er konsistent vil samme person få tilnærmet samme resultat dersom en gjentar målingene (forutsatt at personen ikke har endret seg i mellomtiden) (Kleven, 2002a). I spørreskjemaundersøkelser knyttes reliabilitet til hvor nøyaktige og pålitelige svar spørsmålene gir, og til intern konsistens mellom spørsmål som gjelder samme dimensjon eller tema (Haraldsen, 1999).

Et måleinstrument må være reliabelt, noe som vil si konsistent og nøyaktig for at det skal være valid (Polit & Beck, 2008). For at en undersøkelse skal ha god begrepsvaliditet, må den ha god reliabilitet. Et måleresultat forårsaket av tilfeldige feil er ikke valid. Høy reliabilitet uten at man har samsvar med den teoretiske begrepsdefinisjonen er også en trussel mot begrepsvaliditeten (Kleven, 2002b). I følge Polit & Beck (2008) kan det være en feilkilde at spørsmålene i et spørreskjema blir tolket og forstått ulikt av respondentene.

Det finnes ulike strategier for å redusere tilfeldige målingsfeil. For eksempel vil målingsfeilene reduseres ved standardisering av målingsprosedyren. Videre vil man ved å øke antall spørsmål i en test gi sikrere informasjon om sann skår (Kleven, 2002a).

Strategiene som ble brukt for å redusere mengden av tilfeldige målingsfeil i denne studien var først og fremst å gjøre spørsmålene enklest mulig. Det ble brukt et enkelt og kortfattet språk i spørsmålsformuleringene. I spørreskjemaets del 2 ble det brukt tre forskjellige pasientcase for å sette respondentene inn i en setting slik at alle hadde samme forutsetning for å rangere de ulike tiltakenes relevans. I alle spørreskjemaets deler var det en kortfattet instruks til hvordan

man skulle besvare spørsmålene. Spørreskjemaet ble levert ut til et relativt stort antall respondenter (331) for å få flest mulig svar, dessverre ble ikke svarprosenten så høy som ønskelig. Videre var det en del spørsmål pr. tenkte tema/dimensjon, dette for å gi sikrere informasjon om hvert tema.

Indikatorer man kan benytte for å undersøke et instruments reliabilitet, er å vurdere instrumentets stabilitet ved hjelp av gjentatte målinger, for eksempel ved hjelp av en test-retest. På analysenivå kan den indre konsistensen estimeres med for eksempel Cronbachs Alpha (Kleven, 2002a; Pallant, 2010; Polit & Beck, 2008). Cronbachs Alpha indikerer den gjennomsnittelige korrelasjonen mellom variablene i spørreskjemaet, og den sier derfor noe om i hvilken grad de ulike variablene måler det samme underliggende begrepet (Polit & Beck, 2008). Høy indre konsistens innebærer en akseptabel grad av begrepsvaliditet der homogene begrep måles (Kleven, 2002a). For det utviklede spørreskjemaet i denne undersøkelsen, var det derfor relevant å undersøke indre konsistens i hver faktor. Dette fordi faktorene er en samling av variabler som måler noe av det samme.

3.5.2 Begrepsvaliditet

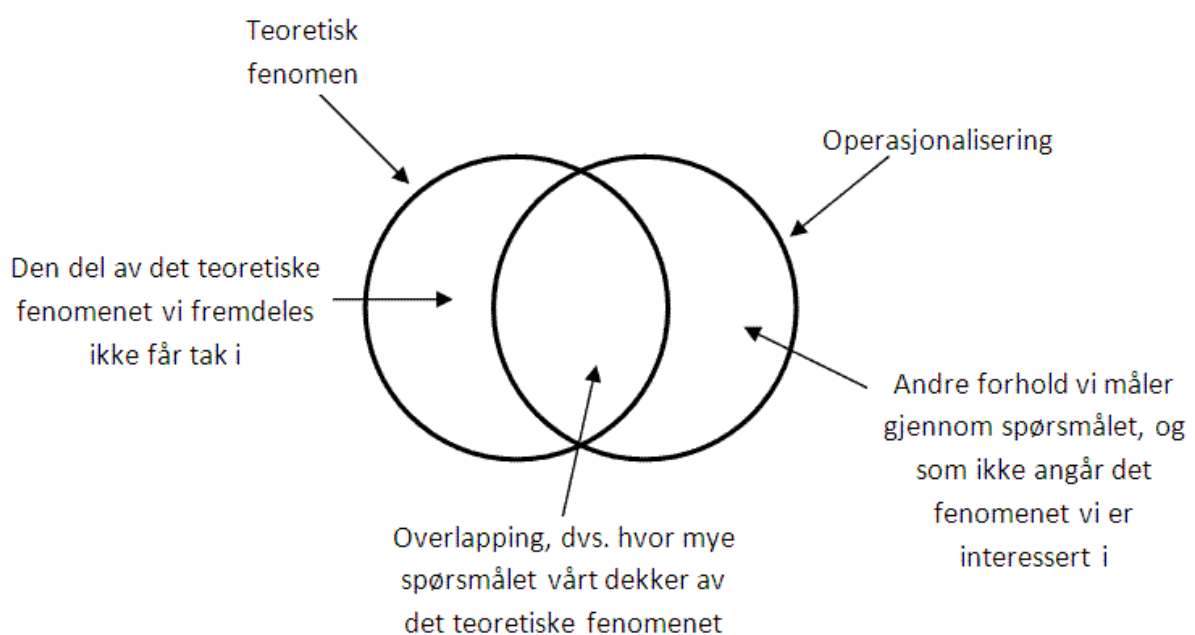
Siden spørreskjemaet som foreligger for denne studien er selvutviklet, er det ønskelig å belyse hvordan begrepsmessig gyldighet er blitt forsøkt sikret. Begrepsvaliditet kan defineres som *grad av samsvar mellom begrepet slik det er definert teoretisk og slik vi lykkes med å operasjonalisere det gjennom de indikatorene som benyttes* (Lund et al., 2002 s. 123). Et annet viktig aspekt ved begrepsvaliditet er at det ikke helt eller delvis måles andre begreper, eller at viktige sider ved begrepet mangler. Begrepsvaliditet handler om *gyldighet*, noe som vil si i hvilken grad et instrument måler det som det er planlagt å måle (Lund et al., 2002; Polit & Beck, 2008). Validiteten er en egenskap ved såkalte slutninger. Det vil si at det ikke er data eller metoden i seg selv som er valide, men det er slutningene som trekkes på bakgrunn av metoden som har validitet (Lund, 2002b). Operasjonaliseringen av begrepene som er beskrevet i kapittel 3.2.2, er med på å sikre at spørsmålene i spørreskjemaet henger sammen med begrepene i problemstilling og forskningsspørsmål.

Når man operasjonaliserer teoretiske begreper ønsker man å finne begreper som gir mening i praksis. Godt samsvar mellom teori og praksis gjør forskningsresultatene meningsfulle, tolkbare og generaliserbare (Tveit, Hjardemaal, & Kleven, 2002). Kleven (2002a) hevder at operasjonelle definisjoner alltid er mer eller mindre riktige, men at empirisk forskning er

umulig uten målbare begreper. Det skilles mellom *definisjonsmessig validitet* som er samsvaret mellom teoretisk begrep og planlagt operasjonalisering, og *begrepsvaliditet* som er samsvar mellom teoretisk begrep og gjennomført måling (ibid.). Å operasjonalisere et begrep er, som tidligere nevnt å gjøre noe abstrakt målbart. Man må bestemme hvilke indikatorer man tar som tegn på begrepet, noe som vil si samsvaret mellom det teoretiske begrepet og det begrepet som er blitt operasjonalisert (Jacobsen, 2005; Kleven, 2002b). Man er nødt til å operasjonalisere alle begreper som skal undersøkes til målbare variabler. Det er en utfordring å bestemme hvilke indikatorer som best representerer begrepet man vil måle. I tillegg er det en utfordring å skille begrepet ut fra lignende begreper slik at man måler kun det man skal måle og ikke noe annet i tillegg. Se figur 1 som gir en god beskrivelse av forholdet mellom den teoretiske definisjonen og den operasjonelle definisjonen av et begrep.

Figur 1: Samsvar mellom teoretisk definisjon og operasjonell definisjon

Figuren er hentet fra Jacobsen 2005, s. 348.



Figuren viser en skjematisk fremstilling av forholdet mellom teoretisk fenomen og operasjonalisering. Vi ser at presisjonen avgjøres av grad av overlapping, det vil si at man får dekket mest mulig av det teoretiske fenomenet, og samtidig får med minst mulig av utenforliggende forhold.

Trusler mot begrepsvaliditet

Ulike typer målingsfeil kan true begrepsvaliditeten. Som vist i figur 1, vil det operasjonaliserte begrepet kunne måle tre ulike komponenter; det relevante begrepet, irrelevante begreper eller usystematiske målingsfeil (se del 3.5.1 om reliabilitet) (Lund, 2002b). De to sistnevnte representerer trusler mot begrepsvaliditeten, og de må derfor utforskes. Usystematiske målingsfeil vil ikke bli omtalt her da de ble presentert i forrige delkapittel (3.5.1). Systematiske målingsfeil er konsistente og fører til skjevhet i målingen fordi begrepet kun dekker en del av det som ønskes målt, eller fordi irrelevante forhold er blandet inn (Kleven, 2002a).

Konvergerende og diskriminerende validitet

Konvergerende validitet og diskriminerende validitet beskrives av Polit & Beck (2008) som metoder for å undersøke begrepsvaliditet. I følge Kleven (2002a) er det en ytre vurdering av hvordan måleresultatet oppfører seg i relasjon til målinger i andre situasjoner og målinger av andre begrep. Å undersøke konvergerende validitet vil si å undersøke om resultatet korrelerer rimelig høyt med andre målinger som det på teoretisk grunnlag forventes å korrelere høyt med (Kleven, 2002a). Metoden er ikke aktuell for denne studien, da man ikke har funnet andre målinger om skjerming.

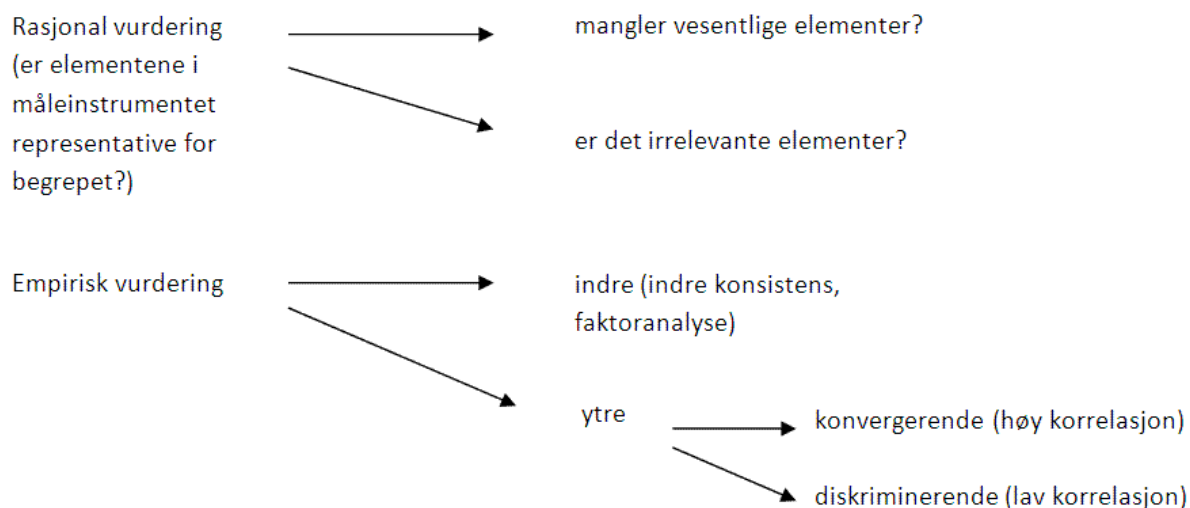
Å måle diskriminerende validitet innebærer å måle i hvilken grad en metode for å måle to ulike begreper gir forskjellige resultater. Altså i hvilken grad en klarer å skille et begrep fra andre lignende begrep (Polit & Beck, 2008). I denne studien vil man ha god diskriminerende validitet dersom spørreskjemaet egner seg til å skille mellom ulike sykehus, poster og pasientcase.

Undersøkelse av begrepsvaliditet

For å undersøke begrepsvaliditet i utviklingen av et instrument, er det nødvendig å arbeide både med teori og data. Vurderingene skjer gjennom ulike trinn, først en rasjonell teoretisk vurdering, og deretter en empirisk vurdering (Kleven, 2002a). Se figur 2 (neste side) som viser skjematisk hvordan man undersøker begrepsvaliditeten.

Figur 2: Undersøkelse av begrepsvaliditet

Figuren er hentet fra Kleven (2002a) side 179.



For å kontrollere den begrepsmessige gyldigheten ble det i henhold til Jacobsen (2005), valgt å diskutere operasjonaliseringen av begrepene med eksperter og respondenter. Denne form for vurdering kan kalles *rasjonell vurdering* (Kleven, 2002a; Polit & Beck, 2008). Dette ble gjort gjennom pretesten (se kapittel 3.2.6), hvor klinikerne og ekspertene ble spurt om de syntes begrepene/spørsmålene hørtes meningsfulle og fornuftige ut i forhold til tematikken. I følge Jacobsen (2005) er dette en første form for validering, og jo flere som er enig i at operasjonaliseringene virker fornuftig, jo sikrere kan man være på at det rette fenomenet måles. I denne fasen er det ønskelig å finne ut om variablene er representative for begrepene, om vesentlige elementer mangler, eller om noen av elementene er irrelevante (Polit & Beck, 2008; Kleven, 2002a).

Empirisk vurdering av begrepsvaliditet handler om å undersøke om det operasjonaliserte begrepet i målingen oppfører seg slik man teoretisk ville forvente. Metoder for å undersøke begrepsvaliditet i et datasett empirisk, kan være å måle Cronbachs Alpha dersom man mener at begrepet virker homogent. Er begrepet homogent bør den indre konsistensen i måleinstrumentet være høy, og derfor bør alfakoeffisienten kunne si noe om mulighetene for akseptabel begrepsvaliditet. Dersom begrepet er sammensatt av ulike delområder bruker man gjerne faktoranalyse. Det er da forventet at elementer innen samme delområde skal korrelere høyere med hverandre enn med elementer fra ulike delområder. Ettersom alle delområdene

regnes for å være innenfor samme begrep er det også forventet at de skal korrelere med hverandre (Kleven, 2002a). Ut i fra faktoranalysen får man et tall på forklart varians, noe som vil si hvor stor andel av variansen til en faktor som forklares av en modell. Dette tallet varierer fra 0 til 100 %. Dersom en modell (et spørreskjema etc.) forklarer 100 % av variansen, vil det si at hele begrepet er fanget opp av modellen (Polit & Beck, 2008).

I denne studien ble det utført en faktoranalyse for å undersøke begrepsvaliditet. Deretter ble Cronbachs Alpha regnet ut for alle faktorene for å undersøke den indre konsistensen. Det ble videre gjort Mann-Whitney U-tester for å se etter signifikante forskjeller mellom avdelinger, sykehus og pasientcase, og i den forbindelse se om resultatene har diskriminerende validitet.

3.5.3 Ytre validitet

En studies ytre validitet sier noe om hvor sikkert vi kan ikke-statistisk generalisere resultatene til de relevante individene, situasjonene og tidene som forskningsproblemet impliserer.

Sentralt for generalisering er utvelgingsprosedyren. Som regel kan man ikke inkludere alle individer, situasjoner og tider i en studie, man må derfor gjøre et *utvalg* av disse. Derfor er det viktig at valgene er foretatt på en måte som gjør at de empiriske resultatene kan generaliseres på en mest mulig valid måte. Jo større likhet det er mellom undersøkelse og mål (person, situasjon, tid) generelt sett, jo bedre kan en forvente at validiteten av generaliseringen er. Utvalgsprosedyrer er metoder for å gjøre denne likheten rimelig stor, og dermed gjøre den ytre validiteten akseptabel. (Lund, 2002a). Ytre validitet handler både om generalisering til en bestemt individpopulasjon og til en større populasjon (Lund, 2002a; Polit & Beck, 2008).

I denne studien var strategien for utvalg *vilkårlig utvelging*, noe som hører inn under gruppen ikke-sannsynlighetsutvelging. Det vil si at man velger ut den gruppen man har ”for hånden”. Denne form for utvelging gjør at ytre validitet blir lavere enn ved sannsynlighetsutvelging (Lund & Haugen, 2006; Lund, 2002a). For denne studien vil dette si at resultatene av spørreundersøkelsen neppe kan sies å være generaliserbare til hele populasjonen, noe som vil si alle miljøpersonell ved alle psykiatriske akutt- og lukkede langtidsposter i Norge.

Systematisk skjevt frafall kan være en trussel mot ytre validitet (Jacobsen, 2005). Denne studien hadde en lav svarprosent, og problemer i forbindelse med dette vil bli belyst i diskusjonskapitlet.

3.6 Forskningsetiske overveielser

I henhold til krav om håndtering av personopplysninger ble studien meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Studien fikk tilråding av NSD, og godkjenning foreligger fra 16.4.2010 (se vedlegg 4). I tråd med retningslinjene for formalisering av studier på de gjeldende sykehus, ble også studien meldt til Personvernombudene (PVO) ved de enkelte sykehusene (se vedlegg 5).

Respondenter er yrkesaktive miljøpersonale ved de respektive postene. De må derved anses som kompetente til å gi et frivillig informert samtykke. En viktig forutsetning for at en deltaker i en studie kan gi et frivillig samtykke, er at vedkommende har fått tilstrekkelig informasjon (Ruyter et al., 2007; Polit & Beck, 2008). For å sikre at samtykket ble gitt på et korrekt grunnlag, fikk deltakerne skriftlig informasjon om studien. Der var det informasjon om studiens hensikt, og at konfidensialitet ville bli ivaretatt, i tillegg til informasjon om når data ville bli anonymisert. Respondentene fikk også informasjon om at de ved å besvare og returnere spørreskjemaet gav et informert samtykke til å delta i studien. Det var også oppgitt kontaktinformasjon til student og hovedveileder med anledning til å stille spørsmål.

4 RESULTATER

Først presenteres demografiske data, deretter følger en presentasjon av spørreskjemaets reliabilitet og validitet før forskningsspørsmålene besvares.

4.1 Demografiske data

Her presenteres bakgrunnsopplysninger om respondentene, slik som kjønnsmessig fordeling, alder, faglig bakgrunn, om de har eller ikke har videreutdanning i psykisk helsearbeid, hvor lang arbeidserfaring de har, hvilket sykehus og hvilken type post de arbeider ved. Fordelingen av respondentenes skår på de ulike bakgrunnsverdiene er presentert i tabell 1.

Tabell 1.

Demografiske data for pilotstudiens utvalg (n=87)

Demografiske variabler	Antall (%)
Kjønn	
Mann	32 (38,1)
Kvinne	52 (61,9) (Missing: 3)
Alder	
18-25 år	9 (10,3)
26-35 år	21 (24,1)
36-45 år	29 (33,3)
46-55 år	16 (18,4)
Over 55 år	12 (13,8)
Faglig bakgrunn	
Annet	3 (3,4)
Assistent/miljøarbeider	13 (14,9)
Hjelpepleier	15 (17,2)
Annen 3-årig høgskoleutdanning	9 (10,3)
Vernepleier	6 (6,9)
Sykepleier	41 (47,1)
Videreutdanning i psykiatri	
Ja	44 (50,6)
Nei	42 (48,3) (1 missing)
Arbeidserfaring fra psykiatri	
Under 6 mnd.	4 (4,6)
6-12 mnd.	9 (10,3)
13-23 mnd.	3 (3,4)
2-5 år	27 (31,0)
6-10 år	18 (20,7)
11-20 år	19 (21,8)
Over 20 år	7 (8,0)
Sykehus	
Universitetssykehus	53 (60,9)
Lokalsykehus	34 (39,1)
Post	
Akuttpost	44 (50,5)
Lukket langtidspost	43 (49,5)

Man ser at utvalget er jevnt fordelt når det gjelder type post. Det kan se ut til at mange flere har svart på undersøkelsen ved Universitetssykehuset, men ut i fra det teoretiske utvalget ville svarprosenten blitt høyere fra lokalsykehuset. Når det gjelder faglig bakgrunn er nesten halvparten av de som svarer sykepleiere. Man ser at det er få vernepleiere som svarer. Dette kan skyldes at det generelt er få vernepleiere som er ansatt ved postene. Over halvparten av utvalget har videreutdanning i psykisk helsearbeid eller lignende. I den forbindelse bør her påpekes at for eksempel assistentene ikke har anledning til å ta videreutdanning. 38,1 % av de som svarer er menn, mens 61,9 % er kvinner. Aldersmessig er utvalget jevnt fordelt, med en hovedvekt i aldersgruppen 36-45 år. Over 70 % av utvalget har 2 års arbeidserfaring fra psykiatri eller mer.

4.2 Spørreskjemaets reliabilitet og validitet

Fordelingen av respondentenes skår når det gjelder ulike tiltaks relevans for skjerming er presentert i tabell 2. Verdiene av Cronbachs Alpha for hver faktor presenteres i samme tabell, og er satt i parentes for å skille disse fra faktorladningene. Elementene er de ulike spørsmålene i spørreskjemaets del 3 som omhandler hvilke tiltak respondentene mener har med skjerming å gjøre. Faktorene er skrevet med fet skrift, og hvordan de ble utledet blir beskrevet senere i dette kapitlet. Navnet på faktorene er satt ut i fra tematikken i spørsmålene (se kapittel 3.4.1).

Tabell 2.

Deskriptiv statistikk over elementene og faktorenes reliabilitet

Faktorer og elementer	Faktorladninger (Cronbachs Alpha)	Gjennomsnitt ¹¹	Standardavvik
I. Tilrettelegging av skjerming	(0,916)		
18. Sørge for at personale er tilgjengelig for pasienten	,861	4.20	1.43
23. Formidle forståelse for pasientens sterke følelser	,833	3.62	1.46
17. Ha klare regler for hva pasienten kan få gjøre	,828	4.33	1.09
16. Gjøre situasjonen mer oversiktlig for pasienten	,814	3.99	1.31
25. Avlede pasienten ved sterke følelsesutbrudd	,809	3.79	1.28
22. Unngå å bli med pasienten i intens samtale	,807	3.76	1.28
6. Legge til rette for samtale med behandler	,642	3.70	1.52

¹¹ Gjennomsnitt beskriver gjennomsnittet av skåringene. 1 = ikke relevant, 2 = lite relevant, 3 = noe relevant, 4 = nokså relevant og 5 = svært relevant. Dette er skalaen brukt i spørreskjemaet, og verdiene går igjen i alle tabeller og figurer.

21. Begrense at pasienten får snakke i ett sett	.621	3.76	1.15
II. Begrense kontakt med omverdenen (0,827)			
20. Begrense pasientens kontakt med venner	.923	3.75	1.08
19. Begrense pasientens kontakt med familie	.904	3.51	1.20
24. Begrense pasientens kontakt med medpasienter	.452	4.46	0.73
III. Bruk av tvang (0,761)			
10. Låse pasienten inne på rommet	.410	2.27	1.58
7. Holde pasienten fast fysisk	.854	3.13	1.34
8. Legge pasienten i belter	.848	3.01	1.36
9. Administrere medisiner med tvang	.757	3.00	1.41
IV. Redusere inntrykk (0,740)			
15. Begrense sterkt pasientens bruk av telefon	.819	4.02	0.98
14. Ikke la pasienten få tilgang til TV eller radio	.806	4.01	1.07
12. Ikke la pasienten besøke butikker/offentlige steder	.744	3.85	1.37
V. Aktivitet med tanke på avledning (0,824)			
11. Gå tur med pasienten i friluftsområde	.918	2.43	1.42
13. Legge til rette for aktiviteter med personale	.842	2.88	1.39
VI. Tilsyn (0,795)			
4. Sørge for kontinuerlig tilsyn med pasienten	.856	3.35	1.40
5. Se til pasienten ofte (for eksempel hvert 15 min)	.801	3.48	1.33
VII. Fysisk adskillelse (0,368)			
2. Holde pasienten på eget avsnitt med personale	.763	4.73	0.50
3. Holde pasienten på rommet med personale til stede	.737	4.31	0.97
VIII. Frivillig skjerming/hviletid på rommet (Kan ikke regnes ut pga. bare ett element)			
1. Oppfordre pasienten til å hvile på rommet i perioder	.796	3,88	1,22

Gjennomsnittsskår på hvert spørsmål, standardavvik, samt faktorenes reliabilitet målt ved Cronbachs Alpha. N=87.

Svarene er generelt spredt over hele skalaen, men av gjennomsnittsverdiene ser man at respondentene i noe større grad benytter seg av øverste halvdel av svaralternativer. Funnene viser at enkelte tiltak vurderes som mer relevant for metoden skjerming enn andre. For eksempel tiltak nr. 24; *Begrense pasientens kontakt med medpasienter* (står nederst under faktor II i tabellen), har en gjennomsnittsskår på 4,46 hvor 5 er høyest og er kodet ”svært relevant”. Derimot er gjennomsnittsskår på tiltak nr. 11 *Gå tur med pasienten i friluftsområde* (står først under faktor V i tabellen) 2,43, noe som viser at man kanskje ikke vurderer dette tiltaket som like relevant for skjermingsmetoden.

Verdiene av Cronbachs Alpha som angis i tabellen, er verdien for hver faktor. Faktoranalysen beskrives i tabell 3. Alle faktorene i spørreskjemaet har Cronbachs Alpha på over 0,7 unntatt

faktor 7 *Fysisk adskillelse*, som har en Cronbachs Alpha på bare 0,368. Faktor 8 *Frivillig skjerming/hviletid på rommet* hadde kun ett element, og Cronbachs Alpha kunne derfor ikke regnes ut.

Hvordan svarer respondentene?

Det ble sett på spredning i svarene på spørsmålene. Stort sett alle spørsmål har blitt besvart med svaralternativer fra hele skalaen. Det var enkelte spørsmål hvor kun nederste del av skalaen var brukt. Spørsmål nr 10, *låse pasienten inne på rommet* og spørsmål 7, *holde pasienten fast fysisk* var kun besvart med de tre nederste alternativene i skalaen 1, *ikke relevant*, 2, *lite relevant* og 3, *noe relevant*. Dette gjentok seg på alle fire deler i spørreskjemaet.

Cronbachs Alpha ved analyser av Items-deleted

I tillegg til testing av reliabilitet (intern konsistens) for de ulike faktorene ved bruk av Cronbachs Alpha, ble det også undersøkt om reliabiliteten vil være høyere om ett av de aktuelle spørsmålene ble fjernet fra faktoren ved "Items deleted".

Verdien av Cronbachs Alpha kunne økes fra 0,827 til 0,938 ved å fjerne spørsmål nummer 24. *Begrense kontakt med medpasienter* i faktor 2 *Begrense kontakt med omverdenen*. Faktor 3 *Bruk av tvang*, kunne øke sin Cronbachs Alpha fra 0,761 til 0,807 ved å fjerne spørsmål nummer 10. *Låse pasienten inne på rommet*. Ved å fjerne spørsmål nummer 12. *Ikke la pasienten besøke butikker/offentlige steder* i faktor 4 *Redusere inntrykk*, kunne man øke koeffisienten fra 0,740 til 0,910. I faktor 1 *Tilrettelegging av skjerming*, ble det ingen forskjell når man utførte analysen, mens i de øvre faktorer var det for få elementer til at det hadde noen hensikt å fjerne noen.

Når alle 25 ledd i skalaen på del 3 ble analysert, så man av Items deleted at ved å fjerne spørsmål 10. *Låse pasienten inne på rommet*, kunne man øke alfakoeffisienten fra 0,784 til 0,815.

4.2.1 Faktoranalysen

Til tross for få respondenter ble det likevel utført faktoranalyse for å se på undersøkelsens begrepsvaliditet (se kapittel 3.4.1 for utgreiing av metodiske overveielser i den forbindelse).

Det viser seg at de ulike tiltakene (elementene) fordeler seg relativt klart på åtte forskjellige faktorer som er teoretisk meningsfylte. De åtte faktorene har fått navn etter tema elementene gjenspeiler. Til sammen 78,34 % av variansen forklares av de åtte faktorene, henholdsvis 25,67 %, 17,21 %, 8,70 %, 7,75 %, 5,37 %, 5,18 %, 4,31 % og 4,12 %. Faktoranalysen er utført på spørreskjemaets del 3 som omhandler skjerming.

Tabell 3.

Faktoranalysen – begrepsvaliditet

Faktorer og elementer	Fordeling av elementer (%) på faktorene (<i>de over 0.40 i uthevet skrift</i>)							
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
I. Tilrettelegging av skjerming								
18. Sørge for at personale er tilgjengelig for pasienten	,861	-,087	-,140	.069	.230	.174	.049	-,141
23. Formidle forståelse for pasientens sterke følelser	,833	-,137	.010	-,157	-,018	.018	-,019	.183
17. Ha klare regler for hva pasienten kan få gjøre	,828	.016	-,114	.177	.112	.143	.144	-,121
16. Gjøre situasjonen mer oversiktlig for pasienten	,814	-,069	-,254	.076	.254	.089	.087	.052
25. Avlede pasienten ved sterke følelsesutbrudd	,809	.185	.127	-,063	.032	.002	-,050	.158
22. Unngå å bli med pasienten i intens samtale	,807	.309	.119	.066	-,031	.069	-,093	.143
6. Legge til rette for samtale med behandler	,642	-,090	-,170	-,023	.080	.337	-,013	-,261
21. Begrense at pasienten får snakke i ett sett	,621	,409	.165	.117	.069	.041	-,039	.311
II. Begrense kontakt med omverdenen								
20. Begrense pasientens kontakt med venner	.093	.923	.046	.190	-,022	-,049	.085	-,079
19. Begrense pasientens kontakt med familie	-,047	.904	.061	.153	-,086	.060	.084	-,097
24. Begrense pasientens kontakt med medpasienter	.283	.452	.051	.436	-,056	-,054	.297	-,016
III. Bruk av tvang								
10. Låse pasienten inne på rommet	-,557	.087	.410	.159	-,033	-,204	.178	-,261
7. Holde pasienten fast fysisk	-,180	.103	.854	.149	-,014	.074	.204	-,033
8. Legge pasienten i belter	-,171	.128	.848	-,001	-,124	.064	.131	-,064
9. Administrere medisiner med tvang	.201	-,083	.757	.104	-,017	.107	-,251	-,058
IV. Redusere inntrykk								
15. Begrense sterkt pasientens bruk av telefon	-,080	.295	.168	.819	-,043	.009	.215	-,059
14. Ikke la pasienten få tilgang til TV eller radio	-,053	.333	.090	.806	-,044	-,113	.149	.132
12. Ikke la pasienten besøke butikker/offentlige steder	.126	-,098	.028	.744	.237	.126	-,213	-,156

V. Aktivitet med tanke på avledning								
11. Gå tur med pasienten i friluftsområde	.058	-.046	-.047	.002	.918	.049	.060	-.041
13. Legge til rette for aktiviteter med personale	.286	-.057	-.094	.085	.842	.119	-.009	-.018
VI. Tilsyn								
4. Sørge for kontinuerlig tilsyn med pasienten	.272	.096	.150	.039	.080	.856	.058	-.031
5. Se til pasienten ofte (for eksempel hvert 15 min)	.188	-.089	.094	-.034	.110	.801	-.087	.326
VII. Fysisk adskillelse								
2. Holde pasienten på eget avsnitt med personale	.120	.036	.100	.093	.241	-.193	.763	.167
3. Holde pasienten på rommet med personale til stede	-.111	.250	.028	.089	-.203	.255	.737	-.276
VIII. Frivillig skjerming/hviletid på rommet								
1. Oppfordre pasienten til å hvile på rommet i perioder	.148	-.160	-.211	-.063	-.082	.206	-.001	.796

Oversikt over faktorer med faktorladninger etter varimax rotasjon (n=87). Faktorladninger over 0,40 er uthevet med fet skrift.

Faktoranalysen viser stort sett klare grupperinger. Det er grupperingen av spørsmål som danner grunnlaget for navnene på faktorene, og man har forsøkt å sette navn etter en felles tematikk i spørsmålene.

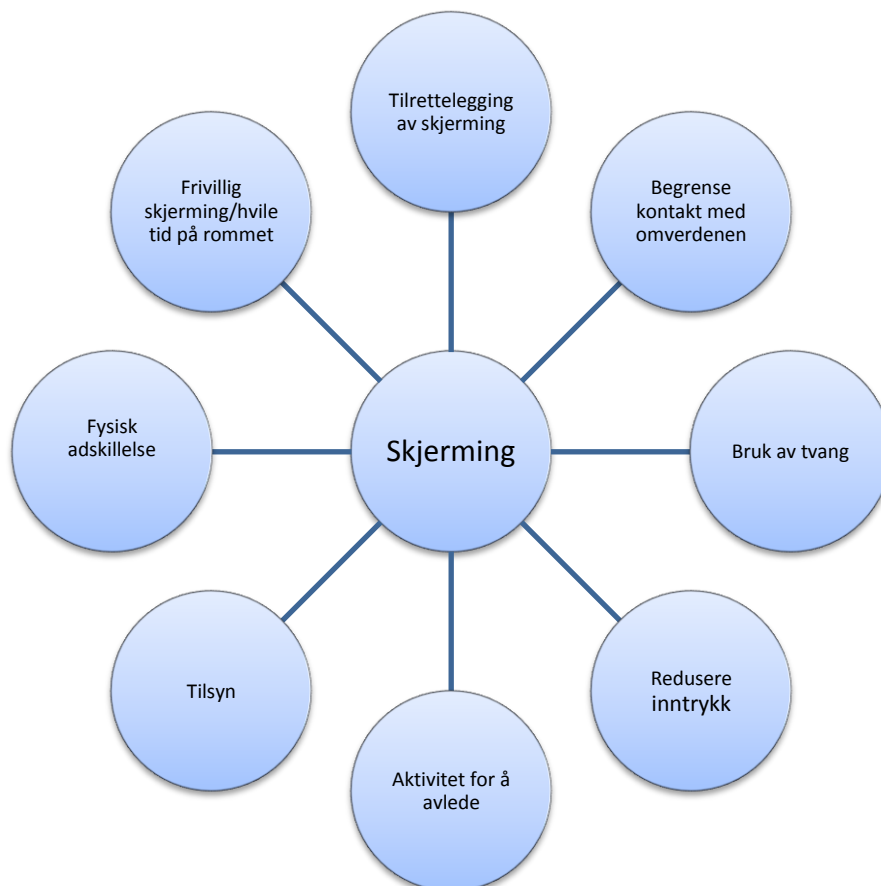
Det er tre spørsmål som lader på to forskjellige faktorer. Det ene er spørsmål 21 *Begrense at pasienten får snakke i ett sett*. Det lader først og fremst på faktor 1. *Tilrettelegging av skjerming*. Andre spørsmål i faktoren har tematikk som omhandler regler for atferd, avledning, hjelpe med å gjøre situasjonen mer oversiktlig, ha tilgjengelig personale, la pasienten få snakke med behandler og unngå å bli med pasienten i intens samtale. Spørsmål 21 lader også på faktor 2. *Begrense kontakt med omverdenen*, hvor tematikk i de øvrige spørsmålene er å begrense kontakt med venner, familie og medpasienter.

Spørsmål 24 *Begrense pasientens kontakt med medpasienter* lader også på to faktorer. Først og fremst lader den på faktor 2, som beskrevet i avsnittet over omhandler begrensning av kontakt med omverdenen. I tillegg lader dette spørsmålet på faktor 4. *Redusere inntrykk*. Det tredje og siste spørsmålet som lader på flere enn én faktor, er tiltak nummer 10 *Låse pasienten inne på rommet*. Først og fremst lader det på faktor 3. *Bruk av tvang*, men har her en lavere ladning enn de andre (spørsmål 10 har verdi 0.410, mens de andre har ladning på ca 0.800). I tillegg har den en negativ ladning på faktor 1. *Tilrettelegging av skjerming*.

Til sist har vi spørsmål 1 *Oppfordre pasienten til å hvile på rommet i perioder, som ikke lader sammen med noen av de andre spørsmålene.*

I figur 3 nedenfor, er det laget en skjematisk fremstilling av de åtte faktorene som synes å inngå i skjerming som metode.

Figur 3. Skjematisk fremstilling av faktorene som inngår i skjerming



4.3 Forskningsspørsmålene

Grunnet lav svarprosent (kun 26,3 % etter at to spørreskjema måtte ekskluderes) har man ikke grunnlag for å trekke noen slutninger. Likevel besvares her forskningsspørsmålene. Det er to årsaker til dette; a) studenten ønsker å lære analyser som ligger til grunn for å besvare

spørsmålene, b) man kan se om sentrale trekk utpeker seg i materialet og gjøre antakelser på grunnlag av disse.

4.3.1 Er det forskjeller mellom akutt- og langtidsposter?

Forskningsspørsmål nummer 1 lyder som følger: Er det forskjell mellom sykehus og type post (akutt- og langtidspost) når man sammenligner innhold i skjermingsbegrepet og hvilke pasientgrupper som skjermes? For å besvare dette spørsmålet ble gjennomsnittet (indeksene) av faktorene på begge typer poster sammenlignet. Verdiene ble satt inn i en tabell sammen med standardavviket. P-verdien ble regnet ut ved hjelp av Mann-Whitney U Test. P-verdiene for alle faktorer er tatt med i tabellen.

Tabell 4.

Forskjeller mellom akutt- og langtidsposter i hvilke tiltak man rangerer som skjerming

Faktorer	Akuttpost		Langtidspost		P-verdi (signifikans)
	Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik	
1. Tilrettelegging av skjerming	3,8	1,09	4,0	1,01	0,504
2. Begrense kontakt med omverdenen	3,7	0,91	4,1	0,80	0,023
3. Bruk av tvang	3,0	1,04	2,7	1,13	0,139
4. Redusere inntrykk	3,9	0,75	4,0	1,10	0,139
5. Aktivitet med tanke på avledning	2,8	1,28	2,5	1,30	0,197
6. Tilsyn	3,3	1,33	3,5	1,16	0,737
7. Fysisk adskillelse	4,5	0,59	4,5	0,63	0,520
8. Frivillig skjerming/hviletid på rommet	4,2	1,09	3,5	1,26	0,006

Tallene er her basert på faktorene. Gjennomsnittsverdien 5 tilsier at et tiltak blir vurdert som *svært relevant*, mens gjennomsnittsverdien 1 vil si at tiltaket blir vurdert som *ikke relevant*. $P \leq 0,05$.

Som vi ser av tabell 4 er det ikke store forskjeller i hvordan de ulike postene vurderer ulike tiltaks relevans for skjermingsmetoden. Den største forskjellen ser man på faktor 8. *Frivillig skjerming/hviletid på rommet*, hvor akuttpostene skårer over 4, noe som vil si at de mener dette er *nokså relevant*. Langtidspostene skårer 3,5, og vurderer tiltaket til å være et sted mellom *nokså* og *noe relevant*. Som vi ser av tabellen er det signifikante forskjeller mellom

postene når det gjelder faktor 2. *Begrense kontakt med omverdenen* ($p = 0,023$) og faktor 8. *Frivillig skjerming/hviletid på rommet* ($p = 0,006$).

Det var signifikante forskjeller mellom akutt- og langtidsposter for case 1 (*psykotisk/til fare for andre*) på faktor 2 *Begrense kontakt med omverdenen* ($p = 0,025$), og faktor 5 *Aktivitet med tanke på avledning* ($p\text{-verdi} = 0,027$). I case 2 (*depresjon/suicidalitet*) var det signifikante forskjeller mellom postene på faktor 3 *Bruk av tvang* ($p = 0,004$) og faktor 7 *Fysisk adskillelse* ($p = 0,002$). På case 3 (*mani/forvirring*) var det ingen signifikante forskjeller mellom postene.

4.3.2 Er det forskjeller mellom sykehus?

For å besvare den delen av forskningsspørsmål 1 hvor om det er forskjeller mellom sykehus omhandles, ble det sett på gjennomsnittet (indeksen) av faktorene på begge sykehus. Verdiene ble satt inn i en tabell sammen med standardavviket. P-verdien ble regnet ut ved hjelp av Mann-Whitney U Test. P-verdiene for alle faktorer er tatt med i tabellen.

Tabell 5.

Forskjeller mellom "Universitetssykehuset" og Lokalsykehuset" i hvilke tiltak man rangerer som skjerming.

Faktorer	Universitetssykehus		Lokalsykehus		P-verdi (signifikans)
	Gjennomsnitt	Standardavvik	Gjennomsnitt	Standardavvik	
1. Tilrettelegging av skjerming	3,8	1,19	4,1	0,78	0,783
2. Begrense kontakt med omverdenen	4,1	0,87	3,6	0,80	0,003
3. Bruk av tvang	2,8	1,17	3,0	0,95	0,498
4. Redusere inntrykk	4,0	1,01	3,9	0,80	0,245
5. Aktivitet med tanke på avledning	2,1	1,03	3,4	1,28	< 0,001
6. Tilsyn	3,3	1,33	3,6	1,10	0,299
7. Fysisk adskillelse	4,5	0,65	4,5	0,53	0,972
8. Frivillig skjerming/hviletid på rommet	4,0	1,05	3,7	1,43	0,416

Tallene er her basert på faktorene. Gjennomsnittsverdien 5 tilsier at et tiltak blir vurdert som *svært relevant*, mens gjennomsnittsverdien 1 vil si at tiltaket blir vurdert som *ikke relevant*. $P \leq 0,05$.

Som vi ser av tabell 5 er det ikke store forskjeller i hvordan respondentene ved de to sykehusene vurderer de ulike tiltakenes relevans for skjermingsmetoden.

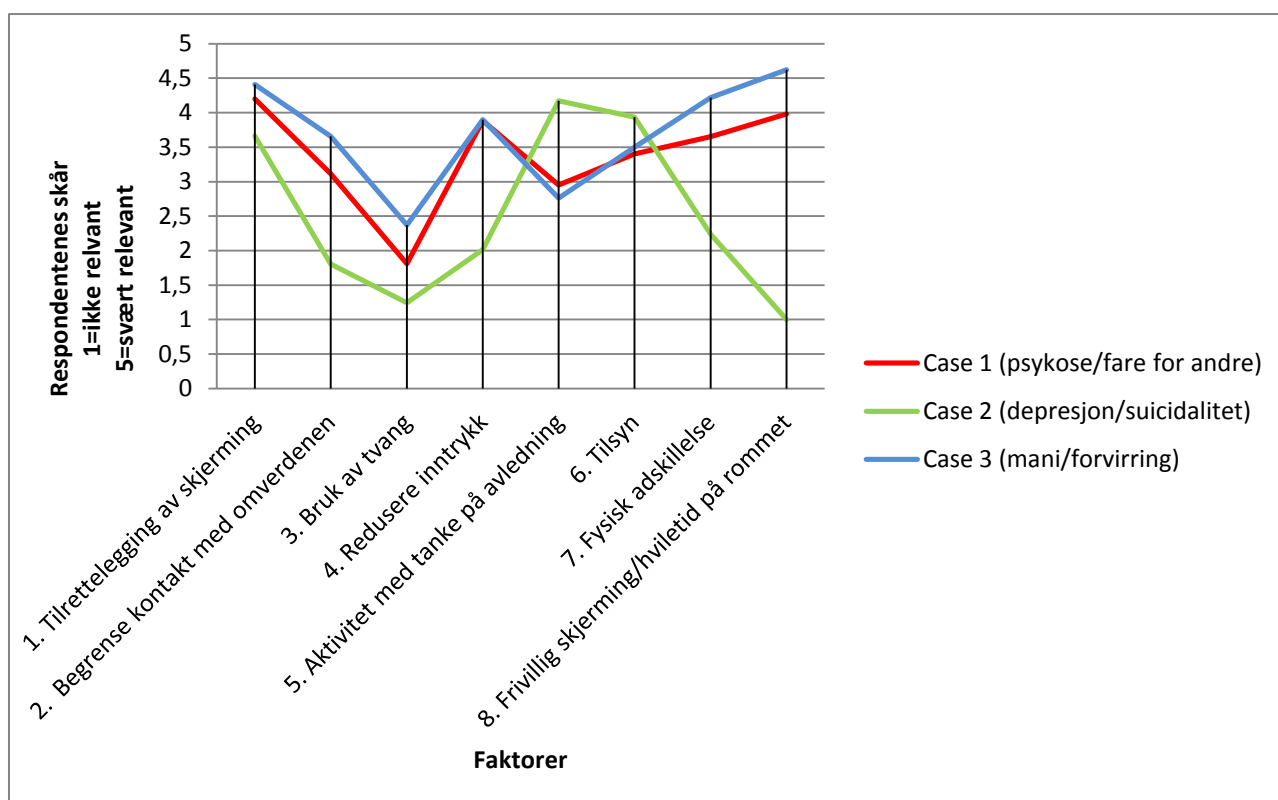
Gjennomsnittsverdiene er nokså like. Der man umiddelbart tenker at forskjellen er størst, er på faktor 5 *Aktivitet med tanke på avledning*, der "Lokalsykehusets" gjennomsnittsskår er 3,4 – en verdi som ligger mellom "noe relevant" og "nokså relevant", mens "Universitetssykehusets" gjennomsnittsskår er 2,1, en verdi som ligger tett ned mot "lite relevant". Denne forskjellen er signifikant ($p = < 0,001$) når man utfører en Mann-Whitney U Test. Det er også signifikant forskjeller mellom de to sykehusene på faktor 2 *Begrense kontakten med omverdenen* ($p = 0,003$).

Det var signifikante forskjeller mellom sykehusene på case 1 (*Psykose/til fare for andre*) på faktorene 3 *Bruk av tvang* ($p = 0,011$), 5 *Aktivitet med tanke på avledning* ($p = 0,041$) og 7 *Fysisk adskillelse* ($p = 0,018$). Det var også signifikante forskjeller mellom sykehusene på faktor 5 *Aktivitet med tanke på avledning* ($p = 0,004$) på case 3 (*mani/forvirring*). Det var ingen signifikante forskjeller mellom sykehusene på case 2 (*depresjon/suicidalitet*).

4.3.3 Hvilke pasientgrupper skjermer man?

Forskningsspørsmål 2 lyder som følger: *Hvilke pasientgrupper er det sannsynlig at man anvender metoden skjerming overfor?* For å besvare dette spørsmålet så man på gjennomsnittsverdiene for skårene på hvert spørsmål, og beregnet gjennomsnittsverdiene for hver faktor – indeksen. Verdiene ble plottet inn i en tabell, og deretter ble det laget grafiske profiler for hvordan respondentene svarte. I figur 4 vises skjermingsprofilene for de tre ulike casene, alle respondenter er inkludert.

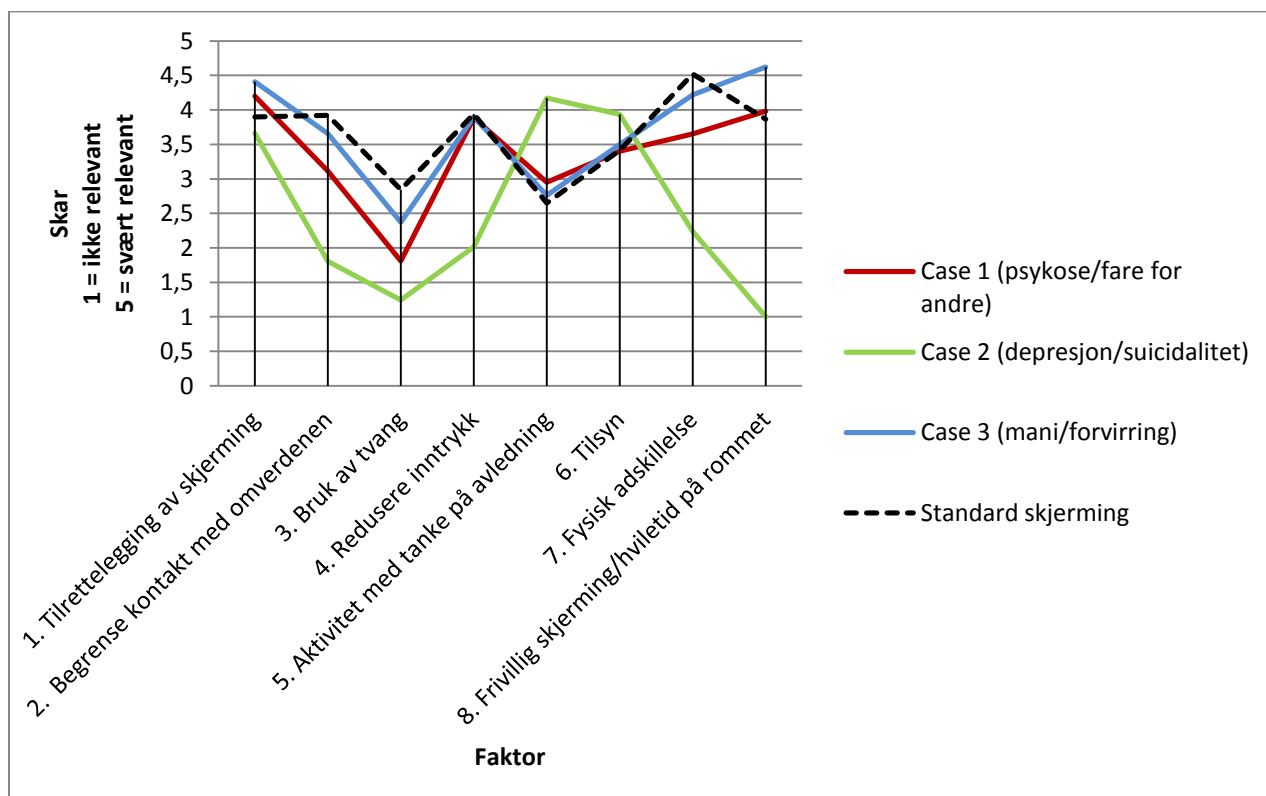
Figur 4: Skjermingsprofil for de tre casene (n=87).



Man ser av figuren at miljøpersonalet i store trekk ønsket å anvende de samme typene tiltak overfor pasientene i casene 1 (*psykotisk/til fare for andre*) og 3 (*mani/forvirring*). I noen grad ønsket man å behandle pasienten i case 2 (*depresjon/suicidalitet*) på samme måte, men her skiller vurderingen av tiltakenes relevans seg ut i større grad. Man ser at tiltakene som grupperte seg under faktorene 5 *Aktivitet med tanke på avledning* og 6 *Tilsyn* ble vurdert til å være mer relevant enn ved de to andre casene. Øvrige faktorer, som begrensning av kontakt med omverdenen, bruk av tvang, reduksjon av inntrykk, fysisk adskillelse og tilrettelegging av skjerming, var i noen grad mindre relevant enn hva de var for de to andre casene.

Det ble plottet inn en lignende profil for skjermingsmetoden (spørreskjemaets del 3), som ble kalt *standard skjerming*. Det viser seg at indeksene for *standard skjerming* legger seg tett sammen med indeksene for case 1 (*psykotisk/til fare for andre*) og case 3 (*mani/forvirring*). Se figur 5.

Figur 5. De tre casene sammenlignet med standard for skjerming



Av figur 5 ser man at *standard skjerming* legger seg tett sammen med profilene for case 1 (*psykose/fare for andre*) og case 3 (*mani/forvirring*), noe som gir en viss grad av sannsynlighet for at pasientene i de to casene ville ha blitt skjermet i praksis. Case 2 (*depresjon/suicidalitet*) avviker i større grad fra *standard skjerming* enn hva de to andre casene gjør, noe som henspiller på at man kanskje ikke ville valgt å skjerme denne pasienten. Likevel er det viktig å være oppmerksom på at *standard skjerming* ikke er en standardisert profil for skjerming. Skjerming praktiseres ulik overfor forskjellige pasientgrupper med forskjellig problematikk. *Standard skjerming* er ikke et ideal for alle typer pasienter, men et uttrykk for det miljøpersonalet oppfatter som den mest vanlige måten og skjerme på. *Standard skjerming* er et uttrykk for de tiltakene de forbinder mest med skjerming.

4.3.4 Åpne spørsmål/kvalitative data

Spørreskjemaet inneholdt et avsnitt etter hver av de tre casene, samt etter skjermingsdelen hvor man ble gitt anledning til å svare på om det var tiltak man syntes at manglet. Generelt kom det inn svært få slike tilleggskommentarer, men det var mellom to og syv personer som valgte å komme med slike forslag på de fire delene. Ettersom materialet var såpass lite ble det ikke valgt noen kvalitativ analysestrategi for disse forslagene, men resultatene ble sortert etter tematikk og de blir kort presentert her (Forslagene er formulert slik de opprinnelig ble skrevet, med unntak av der hvor det var flere like forslag. Der er det valgt en formulering som er dekkende for alle disse forslagene).

Tiltak som ble foreslått for pasientcase 1

Tiltak man syntes at manglet i forhold til case 1 var:

- sørge for god døgnrytme og søvn
- gjøre praktiske, definerte og kortvarige oppgaver sammen med pasienten.
- fysisk aktivitet.
- bruke dagsplan for å gjøre det trygt og forutsigbart.
- motivere for medisinsk behandling.
- begrense tilgang til aviser og lignende.
- gi samtaler utover de med behandler.
- realitetsorientering.
- informere pasienten om fysiske grenser og konsekvenser ved utagering.

Tiltak som ble foreslått for pasientcase 2

Tiltak man syntes at manglet i forhold til case 2 var:

- fysisk trening
- avslappingsøvelser.
- fjerne ting fra rommet som pasienten kan skade seg med.
- vurdere suicidalfare.
- se til pasienten ofte (5-10 min.).
- støttesamtale x 1-2 pr vakt.
- legge til rette for måltider.

Kvalitative data for pasientcase 3

Tiltak man etterlyste i forhold til case 3 var følgende:

- motivere til å ta medisiner
- roe og dempe pasienten.

Kvalitative data for skjermingsdelen

Man kom stort sett ikke med forslag til nye tiltak på denne delen, men noen hadde kommentarer likevel. Én foreslo følgende tiltak; at pasienten også kan skjermes i rolige omgivelser, for eksempel ute i naturen. Én kommenterte på at den siste delen var vanskelig å besvare. Én annen kommenterte at tiltakene i skjerming ville variere i forhold til årsaken til skjerming, og at det derfor var vanskelig å svare generelt. To kommenterte at det er forbudt å låse pasienten inne på rommet.

5 DISKUSJON

Formålet med dette kapittelet er å diskutere og evaluere resultatene fra studiens pilottest. Diskusjonen vil bli disponert etter problemstilling og forskningsspørsmål. Som tidligere presentert er oppgaven todelt, hvor den ene delen er å utvikle og teste et spørreskjema, mens den andre delen vil være å besvare forskningsspørsmålene ved hjelp av empiri. Til slutt vil kapittelet avrundes med en metoderefleksjon.

5.1 Spørreskjemaets reliabilitet og validitet

I det følgende delkapittelet vil det utviklede spørreskjemaets reliabilitet og validitet bli evaluert og diskutert.

5.1.1 Validitet

Innholdsvaliditet

Tiltakene i spørreskjemaets del 2 og del 3 ble konstruert med utgangspunkt i eksisterende litteratur. Det er derfor naturlig å vurdere om tiltakene er representative for tiltak man ville valgt i virkeligheten. Funnene viser at stort sett alle tiltakenes skår var fordelt over hele skalaen, slik at alle tiltakene ble vurdert til å ligge et sted mellom *ikke relevant* og *svært relevant*. Unntakene var tiltakene 10. *Låse pasienten inne på rommet* og 7. *Holde pasienten fast fysisk*, hvor bare de tre nederste alternativene i skalaen ble anvendt. *Svært* og *nokså relevant* ble ikke anvendt i disse tilfellene. At hele skalaen ble anvendt på de 23 andre tiltakene, kan tyde på at mulige tiltak som ble funnet i litteraturen til en viss grad var representative for respondentene i klinikken. Innholdsvaliditeten ser derfor ut til å være ivaretatt i nokså stor grad. Dette er en styrke for begrepsvaliditeten (Polit & Beck, 2008), og man kan anta at en teorigestyrte metode for spørreskjemaautvikling var egnet for det presenterte spørreskjemaet.

Det var gitt anledning til å avgi åpne svar etter hvert case i del 2 og etter del 3. Til sammen elleve respondenter benyttet seg av den muligheten, noen foreslo flere ulike tiltak, og noen av tiltakene ble foreslått av flere respondenter. Noen av forslagene var kommentarer til skjemaet. Det er uklart om de ekstra tiltakene representerer nye tiltak som er relevant for skjermingsmetoden, og om spørreskjemaets innholdsvaliditet ville økes dersom man la dem

til i skjemaet. Alle de foreslåtte tiltakene som husregler, fysisk aktivitet, avslappingsøvelser, støttesamtaler, vurdere suicidalrisiko, fjerne skadelige gjenstander osv. kan gjenfinnes i litteratur om miljøterapi, psykiatrisk sykepleie og retningslinjer for praksis (Henriksen et al., 2007; Strand, 1990; Hummelvoll, 2004; Helsedirektoratet, 2009). Ved videre utprøving av spørreskjemaet bør man se på disse forslagene og vurdere om man skal ta noen inn i spørreskjemaet.

Begrepsvaliditet

For å måle begrepsvaliditeten ble faktoranalyse med varimaxrotasjon valgt. Diskusjon knyttet til valg av faktoranalyse som analysemetode er presentert i metodekapitlets del 3.4.1.

Materialet sorterer seg i klare grupperinger av åtte faktorer. De åtte faktorene forklarer til sammen 78,34 % av variansen i spørreskjemaet. Det vil si at det er ca. 22 % av begrepet som ikke forklares av modellen. Dette er nokså bra, og det viser at man har lykket ganske godt med operasjonaliseringen av innholdet i skjermingsmetoden (Polit & Beck, 2008).

At operasjonaliseringen er akseptabel, vises også ved at tiltakene i spørreskjemaet grupperer seg logisk, og i henhold til hva man finner i litteraturen. Faktor 1 som er blitt kalt

Gjennomføring av skjerming, består av følgende tiltak;

18. Sørge for at personale er tilgjengelig for pasienten

23. Formidle forståelse for pasientens sterke følelser

17. Ha klare regler for hva pasienten kan få gjøre

16. Gjøre situasjonen mer oversiktlig for pasienten

25. Avlede pasienten ved sterke følelsesutbrudd

22. Unngå å bli med pasienten i intens samtale

6. Legge til rette for samtale med behandler

21. Begrense at pasienten får snakke i ett sett

Alle de opplistede tiltakene handler om aspekter som er relevante for skjerming, og de har gruppert seg logisk ut i fra tematikk. De har noe med relasjonsskaping å gjøre, samtidig som de er behandling i form av at man setter noen begrensninger for hva pasienten kan få gjøre. Ved å sette disse begrensningene kan man forsøke å sikre at pasienten får tilstrekkelig ro og hvile. Disse tiltakene kan gjenfinnes i miljøterapeutiske teorier med vekt på beskyttelse og containment (Henriksen et al., 2007; Gunderson, 1983; Strand, 1990). At de har en logisk gruppering tyder på at det er en akseptabel begrepsvaliditet.

Det samme gjelder for faktor 2 *Begrense kontakt med omverdenen*, hvor alle tiltakene i faktoren har tematikk som omhandler begrensning i kontakt med venner, familie og medpasienter. I faktor 3 *Bruk av tvang*, omhandler alle tiltakene ulike tvangsmidler som er regulert i forskrift om bruk av tvangsmidler (2000). Faktor 4 *Redusere inntrykk*, inneholder tiltak som alle omhandler begrensninger, som å begrense butikkbesøk, telefonbruk og TV-titting, samt lytting til radio. Her ser man at teorier om stimulusbegrensning er det sentrale (Vatne, 2003; Krogh, 2002). Videre ser man at denne faktoren skiller seg fra faktor 2, ved at begrensningene her gjelder medier og besøk på offentlig steder, mens begrensningene i faktor 2 gjelder begrensning av kontakt med andre mennesker. For øvrig ladet tiltak 24. *Begrense pasientens kontakt med medpasienter*, både på faktor 2 og faktor 4, noe som kan tyde på en sammenheng mellom de to faktorene (Tiltak 24 grupperte seg hovedsakelig sammen med de andre tiltakene i faktor 2).

Faktor 5 *Aktivitet med tanke på avledning*, inneholder tiltak som har med aktiviteter og gjøre, mens faktor 6 *Tilsyn*, omhandler tiltak som alle handler om tilsynet personalet utfører overfor pasienten. Faktor 7 *Fysisk adskillelse*, omhandler det fysiske ved skjermingen, ved at man skjermes enten på eget rom eller skjermingsavsnitt, mens faktor 8 *Frivillig skjerming/hviletid på rommet* kun inneholder ett tiltak, som er å oppfordre pasienten til å hvile seg på rommet i perioder.

I denne delen er det vist at de ulike tiltakene grupperer seg sammen med andre tiltak som det er logisk at de hører sammen med. Cronbachs Alpha for disse grupperingene er stort sett av en høy verdi, noe som antyder at de har en sammenheng (se kapittel 5.1.2 nedenfor). Logisk gruppering, samt høy korrelasjon kan tyde på akseptabel begrepsvaliditet i dette spørreskjemaet.

5.1.2 Reliabilitet

Ved måling av indre konsistens bør Cronbachs Alpha for en skala minimum ligge på 0,7, mens 0,8 regnes som foretrukket (Pallant, 2010). Alle faktorer i materialet med unntak av faktor 7 *Fysisk adskillelse*, oppnådde en Cronbachs Alpha på over 0,7 (Her er ett unntak til, da faktor 8 *Frivillig skjerming/hviletid på rommet* kun hadde ett ledd, og det følgelig ikke kunne beregnes Cronbachs Alpha). Faktor 7 hadde en Cronbachs Alpha på 0.368, mens de øvrige faktorer hadde Cronbachs Alpha-verdier på 0,740-0,916 som er svært bra. Dette viser at spørsmålene har god indre konsistens, og indikerer at spørsmålene i hver faktor måler samme

begrep. Disse resultatene representerer en styrke for spørreskjemaets begrepsvaliditet (Polit & Beck, 2008).

En svakhet ved reliabilitetstesting er at slik som faktor 8 *Frivillig skjerming/hviletid på rommet* kun hadde ett spørsmål, og derav ingen mulighet for å regne ut Cronbachs Alpha. Man visste ikke i spørreskjemaets utviklingsfase at ”frivillig skjerming” (skjerming i samarbeid med pasienten uten vedtak) ikke ville gruppere seg sammen med andre tiltak. Likevel, dersom man tenkte at frivillig skjerming var viktig å utforske, burde man kanskje utviklet ett spørsmål til som omhandlet denne tematikken. Ved gjennomgang av spørreskjemaet for videre testing har man i dette tilfellet to valg. Enten kan man fjerne spørsmålet om frivillig skjerming, eller så kan man legge inn et spørsmål til som omhandler samme tematikk.

5.2 Funnene som svar på problemstilling og forskningsspørsmål

Dette delkapittelet bruker empirien fra spørreskjemaet til å gjøre noen antakelser i forhold til studiens problemstilling og forskningsspørsmål. Det presiseres at dette ikke er sikre funn, men en redegjørelse for antakelser som kan gjøres på bakgrunn av materialet.

5.2.1 Innhold i begrepet skjerming

Spørreskjemaet ble utviklet for å besvare hovedproblemstillingen ”Hva legger miljøpersonale ved psykiatriske døgnposter hvor skjerming praktiseres, i begrepet skjerming, og hvordan praktiseres skjerming ved postene slik det beskrives av miljøpersonalet?” I dette delkapittelet vil innholdet i skjerming diskuteres på bakgrunn av empirien fra spørreskjemaet. Det vil da være spørsmålet om hva som legges i begrepet skjerming som blir diskutert her. Spørsmålet om hvordan skjerming praktiseres, vil besvares i delkapittel 5.2.4.

Hva bør man på bakgrunn av empirien kunne regne som innhold i skjermingsmetoden? Man kan anta at skårene 4 – *nokså relevant* og 5 – *svært relevant* beskriver noe som er skjerming. Skår 3 – *noe relevant*, er mer usikkert om man skal regne som skjerming. Dersom man tenker at 3,5, et sted mellom 3- *noe relevant* og 4- *nokså relevant* kan regnes som skjerming, kommer man ut med at faktorene 1. *Tilrettelegging av skjerming*, 2. *Begrense kontakten med omverdenen*, 4. *Redusere inntrykk*, 7. *Fysisk adskillelse* og 8. *Frivillig skjerming/hviletid på*

rommet kan regnes som at de har noe med skjerming å gjøre. Med denne rammen for hva skjerming er, faller faktorene 3. *Bruk av tvang*, 5. *Aktivitet med tanke på avledning* og 6. *Tilsyn* utenfor hva man regner som innhold i skjermingsmetoden i praksis (jf. Tabell 2).

Grensen kunne blitt satt på 4, slik at kun det som respondentene regnet som *nokså relevant* og *svært relevant* var skjerming, noe som ville gitt at kun faktor 7. *Fysisk adskillelse* inneholder tiltak som inngår i metoden skjerming.

Hvor man setter grensen for hva som skal regnes som skjerming og ikke, baseres på skjønn. 3,5 er over midten, man har da regnet med at det kun er skår fra og med 3,5 til 5 som regnes som skjerming. Dersom grensen settes på skår fra 4 og opp, inkluderer det kun faktor 7 *Fysisk adskillelse*. Faktor 7 kan sammenlignes med skjermingsforskriften (Forskrift om bruk av skjerming i institusjoner, 2006). Definisjonen av skjerming i forskriften, gir hovedsaklig en beskrivelse av de romlige forhold ved skjermingen. Det vil si at pasienten adskilles fysisk fra medpasienter og personale som ikke direkte inngår i behandling av pasienten. Videre under overskriften *skjermingens innhold*, legges det også vekt på den fysiske adskillelsen fra det øvrige postmiljøet (ibid.). Definisjonen av, og innholdet i skjerming slik det er beskrevet i forskriften, sammenfaller i stor grad med faktor 7 *Fysisk adskillelse* i denne undersøkelsen. Dersom man ønsker å benytte en slik snever definisjon, kan man si at skjerming er fysisk adskillelse og kun dét. Da kunne man kanskje bruke begrepet *miljøterapi* om de øvrige tiltakene i undersøkelsen. For øvrig bør her nevnes at det i forskriftens § 7 *Gjennomføring av skjerming* står at personale skal være til stede i den utstrekning det er nødvendig. Siden faktor 7 i denne undersøkelsen ikke sier noe om personalet, men kun favner den romlige avgrensningen fra andre, kan den kanskje sies å være for snever. Et annet aspekt ved faktor 7 som var nokså overraskende, var at faktoren hadde såpass lav Cronbachs Alpha (0,368). Tiltakene i faktor 7 omhandlet hvor vidt pasienten skjermes på eget rom i posten, eller på et eget skjermingsavsnitt. Kanskje var det slik at man ikke tenkte på de rommessige, fysiske aspektene som skjerming.

Videre kunne man sett på de 25 tiltakene enkeltvis, og med en gjennomsnittsskår fra 4 og oppover ville enkelttiltakene (gjennomsnittsskår i parentes) være inkludert i skjerming:

18. *Sørge for at personale er tilgjengelig for pasienten* (4,20)

17. *Ha klare regler for hva pasienten kan få gjøre* (4,33)

24. *Begrense pasientens kontakt med medpasienter* (4,46)

15. *Begrense pasientens bruk av telefon* (4,02)

14. Ikke la pasienten få tilgang til TV eller radio (4,01)

2. Holde pasienten på eget avsnitt med personale (4,73)

3. Holde pasienten på rommet med personale til stede (4,31)

Man ser da at man ville favne et videre innhold av skjermingsbegrepet. Dersom man inkluderte tiltak med en gjennomsnittsskår fra 3,5 og oppover, ville desto flere tiltak være med i skjerming (jf. tabell 2).

Dersom man ser grundigere på tiltakene som har gjennomsnittsskår fra 4 og oppover, ser man bl.a. at tiltakene *17. Ha klare regler for hva pasienten kan få gjøre*, *24. Begrense pasientens kontakt med medpasienter*, *15. Begrense pasientens bruk av telefon*, og *14. Ikke la pasienten få tilgang til TV eller radio* alle har med begrensninger å gjøre. Dette kan knyttes opp i mot teoriene om grensesetting, hvor man hjelper pasienten til egosamling ved å sette grenser for atferd (Vatne, 2003; Strand, 1990). De samme tiltakene (17, 24, 15 og 14) kan i tillegg knyttes opp mot teoriene om stimulusbegrensning, hvor man tenkte at skjermingen skulle skape oversikt over situasjonen for pasienten, og dermed redusere opplevelse av uro og forvirring (Vaglum et al., 1984; Norvoll, 2007; Krogh, 2002). Tiltakene *2. Holde pasienten på eget avsnitt med personale* og *3. Holde pasienten på rommet med personale tilstede* som begge har med fysisk avgrensning å gjøre, kan også sees på både som stimulusreduksjon i henhold til Ullevålstradisjonen hvor tanken var å redusere stimuli ved å fjerne pasienten fra fellesmiljøet (Lorentzen et al., 1984), men også som grensesetting slik Strand (1990) beskriver skjerming som en forlenget form for grensesetting hvor man setter grenser i en ytre, fysisk form. Tiltak nummer *18. Sørge for at personale er tilgjengelig for pasienten* er også i henhold til Ullevålstradisjonen, som i sin definisjon av skjerming presiserer at et personalmedlem oppholder seg sammen med pasienten (Lorentzen et al., 1984).

Relasjonen og kommunikasjonens relevans for innhold i skjerming

Et tema som ofte vektlegges i litteratur om psykiatrisk sykepleie er relasjonens betydning for behandlingen (Hummelvoll, 2004; Strand, 1990). Kommunikasjon er herunder en forutsetning for å skape relasjon (Hummelvoll, 2004). I resultatene av denne studien ser man at tiltak som har med kommunikasjon og relasjon å gjøre, blir vektlagt relativt høyt (gjennomsnittsskår i parentes);

18. Sørge for at personale er tilgjengelig for pasienten (4,20)

23. *Formidle forståelse for pasientens sterke følelser (3,62)*

6. *Legge til rette for samtale med behandler (3,70).*

Tiltaket 13. *Legge til rette for aktiviteter med personalet (2,88,)* som også kan sees på som et relasjonsfremmende tiltak, er rangert lavere enn de andre.

At tiltaket som omhandler aktivitet er vektlagt som mindre relevant enn de andre tiltakene, kan ha sammenheng med at man tradisjonelt har tenkt på skjerming som stimulusbegrensende. Det er derfor naturlig og tenke at aktivitet derfor ikke er like relevant for innholdet i skjerming (Vaglum et al., 1984; Strand, 1990). Å legge til rette for aktiviteter er en nyere tenkemåte i forbindelse med skjerming, og kan knyttes opp mot teorier om brukermedvirkning (Gamme, 2009; Norvoll et al., 2008).

Å sørge for at personalet er tilgjengelig for pasienten er tett knyttet opp i mot skjermingsforskriften (2006) og definisjonen av skjerming som er presentert i denne studien (Lorentzen et al., 1984), se kapittel 2.2.1. I disse kildene fremheves det at et personalmedlem skal oppholde seg sammen med pasienten, samtidig som det i skjermingsforskriften (2006) gis anledning til at personalet trekker seg unna dersom pasienten ønsker det. Ettersom det å være tilgjengelig for pasienten er en av grunnpilarene i skjermingstenkningen, er det naturlig at personalet rangerer dette høyt i forhold til relevans. Relasjonen mellom pasient og sykepleier sees på som betydningsfull i den norske skjermingstradisjonen (Strand, 1990; Holte, 2003; Norvoll, 2007). Tilstedeværelse er en selvfølge i forhold til å ha mulighet til å skape denne relasjonen. Tiltaket som omhandler å formidle forståelse for pasientens sterke følelser handler både om relasjon og kommunikasjon.

Den mest etterspurte behandlingsformen blant pasientene, var samtale med en behandler i både 2003 og 2007 (Bjerkan et al., 2009). Personalet i denne undersøkelsen rangerer tiltaket som omhandler ”å legge til rette for samtale med en behandler” til å ligge et sted mellom ”noe relevant” og ”nokså relevant”, noe som kan tyde på at man mener dette er av betydning for pasientene.

I etterkant av arbeidet ble det tydelig at spørsmål/tiltak som omhandlet temaet *informasjon til pasientene* burde vært inkludert i denne studien. Litteraturgjennomgangen viste at mangel på informasjon om hvorfor man var skjermet var et tema som gjentok seg blant pasientene (Karlsson, 2006; Poulsen et al., 2004). Det burde derfor blitt stilt spørsmål om hvor vidt

personalet tenker at informasjon er relevant i spørreskjemaet. Ved videre revisjon av spørreskjemaet er dette et tema det vil bli tatt hensyn til.

Isolasjon og seclusion

Et begrep som ble presentert i litteraturgjennomgangen var seclusion. Begrepet isolasjon ble også nevnt i fellesskap med seclusion, da disse to metodene ligner hverandre. Tiltak nummer 10 i spørreskjemaet lød som følger: *Låse pasienten inne på rommet*. Dette tiltaket ble tatt med for å se om respondentene tenkte på isolering som relevant for skjermingsmetoden.

Gjennomsnittsskåren på dette tiltaket var 2,27 (jf. tabell 2), og det var dette tiltaket som fikk lavest skår av alle. Noen av respondentene hadde kommentert ved siden av tiltaket at ”det er forbudt” og at det ikke brukes. Isolering er ikke forbudt i Norge, men det går inn under tvangsmiddelforskriften (2000) og er formelt ikke en del av skjerming. Ved skjerming av pasienter er det ikke tillat med låsing av døren (Lov om psykisk helsevern, 1999).

Det kunne synes som innelåsingstiltaket var kontroversielt på noe vis, eller at det virket provoserende på respondentene. Det var flere som ikke hadde rangert dette tiltaket, og antall missing data var høyere på dette enkelttiltaket enn på de andre tiltakene. Cronbachs Alpha for hele skalaen kunne økes fra 0,784 til 0,815 ved å fjerne tiltak nr. 10. Tvangsmidlet isolering ble brukt 175 ganger i norske sykehus i 2007, mens det til sammenligning ble fattet 2349 vedtak om skjerming samme år (Bremnes et al., 2008). At isoleringsmetoden ble anvendt i såpass liten grad, gjør at det er sannsynlig at helsepersonell vurderer dette som en lite egnet metode i praksis. Man gjør det ikke, ergo er det ikke relevant. Skjerming ble opprinnelig utviklet som et mer humant alternativ til isolering (Norvoll, 2007; Vaglum et al., 1984). Det kan være trolig at man tenker på isolering som en lite human metode som man derfor ikke ønsker å anvende overfor pasienter.

Ved videre utvikling og utprøving av spørreskjemaet kan det tenkes at man burde vurdere å fjerne tiltak nummer 10. *Låse pasienten inne på rommet*.

Frivillig skjerming/hviletid på rommet

Frivillig skjerming som tiltak, grupperte seg ikke sammen med noen av de andre tiltakene i spørreskjemaet. Følgelig var det ikke mulig å regne ut noen alfakoeffisient for dette tiltaket. Frivillig skjerming er jamfør skjermingsforskriften (2006) formelt ikke en del av skjermingspraksis, da skjerming krever vedtak. Kanskje kan det derfor tenkes at tiltaket

Oppfordre pasienten til å hvile på rommet i perioder ikke har noen sammenheng med skjermingsmetoden slik miljøpersonalet i denne studien vurderer det.

5.2.2 Forskjell mellom akutt- og langtidsposter

Tabell 4. viser at det ikke var store forskjeller mellom postene som deltok i studien i hvordan de rangerte tiltakene. Når det gjelder postene, bemerkes det her at de i analysene kun ble delt i akutt- og langtidspost. Det vil si at det er med akuttposter fra begge sykehusene i samlebetegnelsen akuttpost, og det samme gjelder for langtidspostene. Dette kan ha hatt en påvirkning på resultatene ved at de kan ha blitt mer like enn hva man ville forvente.

Som tidligere beskrevet har man et noe beskjedent materiale til å trekke konklusjoner om hvorvidt det er forskjeller mellom postene. Likevel ble det gjort Mann-Whitney U tester for å se om man kunne finne signifikante forskjeller i datamaterialet¹².

Forskjeller i hvordan man tenker om innhold i skjerming

Det var signifikante forskjeller mellom postene på faktor 2 *Begrense kontakt med omverdenen* og faktor 8 *Frivillig skjerming/hviletid på rommet* (jf. tabell 4). Når det gjelder faktor 2 omhandler den begrensninger i kontakt med venner, familie og medpasienter. Det kan være ulike årsaker til at denne faktoren er signifikant forskjellig, for eksempel kan noen av postene ha husregler som regulerer besøk. Det er vanskelig å si noe om hvorfor det er en forskjell utover dette, annet enn at man vet at innhold i skjerming varierer mellom institusjonene (Husum et al., 2010; Husum et al., 2005). Når det gjelder faktor 8, og hvorvidt man regner frivillig skjerming som skjerming, gjenspeiler dette hva man finner i litteraturen, hvor det er forskjeller mellom poster i hvorvidt ”hviletid på rommet” og frivillig skjerming praktiseres (Husum et al., 2005; Helsetilsynet, 2006).

Forskjeller i hvordan man tenker om casene

Det var signifikante forskjeller mellom akutt- og langtidsposter på case 1 (*psykotisk/til fare for andre*) på faktor 2 *Begrense kontakt med omverdenen* og faktor 5 *Aktivitet med tanke på*

¹² I diskusjonen som presenteres vil man kunne se at det er signifikante forskjeller mellom postene på en faktor både når det gjelder innhold i skjerming og i hvordan man tenker om casene. Dersom det er forskjeller mellom for eksempel faktor 1 både når det gjelder innhold i skjerming og i casene, vil ikke diskusjonen av faktoren presenteres mer enn én gang. Det samme gjelder i delkapittel 5.2.3 Forskjeller mellom sykehus, dersom det der er signifikante forskjeller på en faktor som allerede er blitt drøftet, vil ikke diskusjonen bli gjentatt.

avledning. Faktor 5. inneholder to tiltak (jf. tabell 2) hvor det ene handler om hvor vidt man tenker på å gå tur som skjerming, mens det andre er å legge til rette for aktiviteter sammen med personale. Litteraturgjennomgangen viste at det varierer hvordan man tenker om aktiviteter og skjerming. Noen tenker på skjerming som en romlig ordning (Norvoll, 2007; Lorentzen et al., 1984), mens man også kan se tendenser til at skjerming kan være aktivitet i rolige omgivelser (Gamme, 2009; Strand, 1990; Norvoll et al., 2008).

Faktor 2 handler om å begrense kontakt med venner, familie og medpasienter. Skjerming vil ofte innebære at pasienten blir tatt inn på et eget rom eller avsnitt, noe som automatisk vil begrense kontakten med medpasienter (Forskrift om skjerming, 2006). Det skal likevel ikke være noen automatikk i å begrense kontakt med venner og familie. Det at det er signifikant forskjell i hva man rangerer som relevant på denne faktoren, kan handle om hvordan man gjør det i praksis. For eksempel kan man ha egne husregler som begrenser besøk fra familie og/eller venner, eventuelt kan man ha egne husregler som begrenser bruk av telefon¹³ slik at man ikke har samme mulighet til å ringe venner og familie. Bruk av husregler varierer fra sted til sted (Norvoll et al., 2008; Norvoll, 2007).

I case 2 (*depresjon/suicidalitet*) var det signifikante forskjeller mellom avdelingene på faktor 3 *Bruk av tvang* og 7 *Fysisk adskillelse*. Faktor 3 omhandler bruk av tvang, og flere studier viser at bruken av tvang varierer geografisk, både mellom sykehus og mellom poster innad i det enkelte sykehus (Husum et al., 2010; Helsetilsynet, 2006). På grunnlag av denne variasjonen er det ikke usannsynlig at postene tenker ulikt om tvangens relevans i forhold til pasienten. Faktor 7 *Fysisk adskillelse* består av tiltakene 2. *Holde pasienten på eget avsnitt med personale tilstede* og 3. *Holde pasienten på rommet med personale til stede*. Jmfør definisjonene av skjerming i Lorentzen et al. (1984) og i skjermingsforskriften (2006), er fysisk adskillelse sentralt når det gjelder skjerming. Tiltakene 2 og 3 var ment å beskrive skjerming med ord, og sannsynligvis har respondentene oppfattet dette som skjerming da de rangerer tiltakene som relevante for skjerming med gjennomsnittsskår på 4,73 for tiltak 2 og gjennomsnittsskår 4,31 for tiltak 3 (se tabell 2). Som vist i figur 5 velger man en annen strategi for behandling av pasienten i case 2 (*depresjon/suicidalitet*) enn for de øvrige casene. At det er signifikant forskjell mellom type post på faktor 7, vil kanskje si at de tenker litt forskjellig om det er relevant eller ikke å holde pasienten enten på et eget avsnitt eller på

¹³ Noen poster har husregler som for eksempel sier at pasientene ikke får lov til å oppbevare mobiltelefonen sin selv. Det bemerkes her at man egentlig ikke har lov til å inndra telefon uten vedtak i henhold til Lov om gjennomføring og etablering av psykisk helsevern § 4-5.

rommet med personale til stede. Dersom for eksempel en av postene i studien ikke har eget skjermingsavsnitt, vil det kunne gjøre at tiltaket oppleves som mindre relevant for dem.

På case 3 (*mani/forvirring*) var det ingen signifikante forskjeller mellom avdelingene, noe som kan tyde på at man er nokså enig om behandling av pasienten som er beskrevet i case 3.

Ut i fra resultatene kan det se ut til at spørreskjemaet egner seg til å skille mellom ulike poster og hvordan ansatte på de ulike postene tenker om skjerming. I så fall er hensikten med pilotstudien oppnådd på dette punktet (Lund & Haugen, 2006).

5.2.3 Forskjeller mellom sykehus

Tabell 5. viser at det ikke var store forskjeller mellom sykehusene som deltok i studien. Som tidligere beskrevet har man et noe beskjedent materiale for å trekke konklusjoner om hvorvidt det er forskjeller mellom sykehusene, men i likhet med når man skulle se på forskjeller mellom poster ble det gjort Mann-Whitney U tester for å se om man kunne finne signifikante forskjeller i datamaterialet.

Forskjeller i hvordan man tenker om innhold i skjerming

Det var signifikante forskjeller mellom sykehusene på faktor 2 *Begrense kontakt med omverdenen* og 5 *Aktiviteter med tanke på avledning*. Diskusjonene for faktorene 2 og 5 er presentert i kapittel 5.2.2. *Forskjeller mellom akutt- og langtidsposter*, og antakelig vil de samme antakelser være gjeldende her. Faktor 2 og 5 diskuteres derfor ikke på nytt i dette underkapitlet.

Forskjeller i hvordan man tenker om casene

Det var signifikante forskjeller mellom sykehusene på case 1 (*Psykose/til fare for andre*) på faktor 3 *Bruk av tvang*, 5 *Aktivitet med tanke på avledning* og 7 *Fysisk adskillelse*, noe som tyder på at man kan tenke seg at sykehusene ville ha handlet litt forskjellig i praksis på denne casen. Alle disse tre faktorene er diskutert i kapittel 5.2.2 og diskusjonen gjentas derfor ikke her.

Det var også signifikante forskjeller mellom sykehusene på faktor 5 *Aktivitet med tanke på avledning* på case 3 (*mani/forvirring*). Faktor 5. var jo også signifikant forskjellig når man så på materialet for innholdet i skjerming, og det kan tenkes at sykehusene har noe forskjellig

kultur rundt dette. Det kan for eksempel også tenkes at de geografisk sett har ulike muligheter for å gå tur, og at de derfor tenker forskjellig om det. Universitetssykehuset ligger i større grad i et bymiljø enn hva lokalsykehuset gjør. Dersom man på universitetssykehuset må ut og gå tur på mer trafikkerte veier, kan man tenke seg at det ikke vil virke skjermende for pasienten på samme måte som å gå tur i rolige omgivelser. Andre årsaker kan være at man kanskje har ulik tolkning av hvordan man behandler maniske pasienter. Ulik vektlegging av stimulusbegrensning vil for eksempel kunne gi ulikheter i hvorvidt man tilrettelegger for aktiviteter, gåturer og lignende (Norvoll et al., 2008).

Det var ingen signifikante forskjeller mellom sykehusene på case 2 (*depresjon/suicidalitet*), noe som kan tyde på at man er nokså enig om behandlingen av pasienten som er beskrevet i case 2.

Ut i fra diskusjonen presentert i dette kapittelet kan det se ut til at det utviklede spørreskjemaet egner seg til å skille mellom sykehus.

5.2.4 Pasientgrupper man vil skjerme

Dersom man ser på figur 5, vil man se indeksene for de åtte faktorene i de tre casene sammenlignet med indeksene av de åtte samme faktorene for skjerming. Dette grafiske uttrykket for skjerming har i denne sammenheng blitt kalt *standard skjerming*, og er en profil for hvilke tiltak respondentene i pilotstudien mente at var mest relevant for skjermingsmetoden. Det er viktig at man ikke tolker dette som en standardisert skjermingsprofil, men en rangering av hvilke tiltak man mente var mest relevant for skjerming. Som noen påpekte i spørreskjemaets åpne del er ikke skjerming én fast standard, men tiltakene vil variere med pasientens tilstand. Dette stemmer med de fire ideologiene for skjerming som Norvoll (2007) fant i sitt doktorgradsarbeid. De gikk ut på at man valgte ulike strategier for skjerming ettersom hva man tenkte at var årsaken til skjermingen.

Når man ser på kurvene i figur 5, ser man at case 1 (*psykose/til fare for andre*), og case 3 (*mani/forvirring*) i stor grad faller sammen med kurven for *standard skjerming*. Man kan på grunnlag av det tenke seg at pasienter med atferd og symptomer som beskrevet i disse to casene sannsynligvis ville ha blitt skjermet i praksis. Den deprimerte pasienten med mulig fare for suicidalitet i case 2 ville kanskje ikke ha blitt skjermet. Man ser at case 2 skårer annerledes enn de andre, og man kan tenke seg at tiltak personalet iverksetter, vil være

annerledes overfor denne pasientgruppen. En annen mulighet er å tenke at pasienten i case 2 ville ha blitt skjermet, men at skjermingen da ville blitt gjennomført på en annen måte enn overfor pasientene i case 1 og 3.

Pasientene i case 1 og 3 beskrives som å være henholdsvis psykotisk og potensielt til fare for andre, og manisk og forvirret. Dette er pasientgrupper man finner at blir skjermet i litteraturen (Holte, 2003; Norvoll, 2007; Karlsson, 2004; Strand, 1990; Lorentzen et al., 1984; Vaglun et al., 1984; Bjørkly, 1995; Vaaler et al., 2011; Wynn, 2002; Hummelvoll, 2004; Husum et al., 2010; Vatne, 2003). Særlig i sykepleielitteraturen er skjermingsmetoden blitt fremhevet for sin evne til å dempe og roe ned urolige, oppløste og forvirrede pasienter (Strand, 1990; Krogh, 2002; Vaglun et al., 1984). Funnene i denne studien synes å peke i retning av at miljøpersonalet som svarte tenker om skjerming på lignende måte som det som gjenspeiles i sykepleielitteraturen. Kanskje kan dette ha en sammenheng med at nesten 50 % av utvalget hadde videreutdanning i psykisk helsearbeid, noe som igjen kan tenkes å ha påvirket tenkningen rundt skjerming gjennom at de tenker om skjerming på samme måte som hva de lærer gjennom utdanning.

Noen steder skjermer man suicidale pasienter (Husum et al., 2010; Husum et al., 2005), noe det ikke så ut til at var vanlig praksis i denne studien. En større multisenterstudie fra akuttposter i Norge viste en positiv sammenheng mellom risiko for å bli skjermet og atferd som var preget av hallusinasjoner og vrangforestillinger, atferd som var aggressiv/overaktiv, selvskadingsatferd og suicidalitet (Husum et al., 2010). Sammenlignet med denne studien kan man si at funnene i forhold til case 1 (*psykose/til fare for andre*) og case 3 (*mani/forvirring*) stemmer med Husum et al. (2010), men at det ikke stemmer med case 2 (*depresjon/suicidalitet*). I multisenterstudien fant man at depresjon gav mindre sannsynlighet for skjerming (ibid.). Det kan tenkes at respondentene i denne studien har vektlagt det depressive mer enn det suicidale, ettersom man ikke får oppgitt om pasienten i casen er vurdert til å være suicidal. Det man får vite er at pasienten har selvmordstanker. I den åpne spørsmålsdelen etter case 2 var det én person som foreslo vurdering av suicidalitetsrisiko som et mulig tiltak. I videre utprøving av spørreskjemaet bør man kanskje klargjøre hvorvidt pasienten oppfattes som suicidal eller ei, for å lette vurderingen av tiltakenes relevans. Likevel er det nokså tydelig ut i fra skjermingsprofilene til de tre casene (jf. figurene 4 og 5) at praksis overfor pasienten i case 2 vil være annerledes enn overfor pasientene i casene 1 og 3.

Et annet aspekt i denne diskusjonen er at casene er konstruert på bakgrunn av litteratur. Det ble valgt ut tre grupper av atferd/diagnose som gikk igjen i litteraturen, og casene ble konstruert på bakgrunn av disse. Formuleringer av setninger og valg av atferd som beskrives i casene er nok også et resultat av erfaring fra egen praksis, men likevel godt fundert i litteraturen. På grunn av dette kan det tenkes at man finner litt ”hva man leter etter”. Det dukker ikke opp ”nye” pasientgrupper ved å bruke denne metoden. Slik sett kan det tenkes at funnene når det gjelder hvilke pasientgrupper som skjermes ikke er så interessante, men at det som er interessant er at profilen for tiltak rettet mot case 2 (*depresjon/suicidalitet*) skiller seg klart fra de to andre casene.

Materialet i denne studien er lite, og man kan ikke trekke sikre konklusjoner på bakgrunn av det. Likevel kan man anta at sykehusene i denne studien ikke har kultur for å skjerme mennesker med suicidalitetsproblematikk, men at de kanskje anvender andre typer intervensjoner som for eksempel tettere tilsyn/fotefølging. Av de tiltakene respondentene savnet i forhold til case 2, var det to personer som mente at man skulle fjerne ting pasienten kunne skade seg med fra rommet. Kanskje er det en vanligere praksis ved disse sykehusene?

5.2.5 Evaluering av instrumentets egnethet til å besvare problemstilling og forskningsspørsmål

Hensikten med pilottesten var å teste ut spørreskjemaets egnethet til å besvare problemstilling og forskningsspørsmål, og en sentral diskusjon vil da være hvorvidt skjemaet har fungert til å gjøre dette.

Funnene viser at spørreskjemaet var egnet for å besvare problemstilling og forskningsspørsmål på flere områder. Man ser at enkelte tiltak rangeres som mer relevante for skjermingsmetoden enn andre, noe som gir en pekepinn på at spørreskjemaet skiller mellom de ulike tiltakene. At materialet også grupperte seg i de åtte faktorene som alle er logiske i forhold til litteratur, samt at det har blitt målt god indre konsistens og reliabilitet i spørreskjemaet støtter oppfatningen av at skjemaet fungerer.

Det kan være en svakhet at det er en skjønnsvurdering hvor man skal sette grensen for hva som er skjerming eller ikke. Det er vanskelig å vurdere ut i fra kategoriene *ikke relevant*, *lite relevant*, *noe relevant*, *nokså relevant* og *svært relevant* hva som skal regnes som skjerming og hva som skal ekskluderes. Det er en gang slik at for eksempel forskjellen mellom *noe* og

nokså ikke er eksakt, men basert på skjønn. Det samme skjønn må man anta at respondentene har brukt da de besvarte undersøkelsen, noe som selvsagt gir rom for tolkning. Man forsøkte å gradere fra *ikke relevant* til *svært relevant* med å bruke en tallskala i tillegg (se vedlegg 1), slik at man får mulighet til å rangere relevans på denne måten. Forhåpentligvis har dette vært med på å sikre en viss likhet i tolkningen av svaralternativene.

Pilotstudiens hensikt med å teste ut om spørreskjemaet egner seg til å diskriminere mellom ulike grupper synes å kunne være oppfylt, da det ser ut til at instrumentet greier å skille mellom poster, sykehus og case. For eksempel var det signifikante forskjeller mellom akutt- og langtidspostene på to av casene, og det var også signifikante forskjeller mellom sykehusene på to av casene. I tillegg var det noen signifikante forskjeller i hvordan man tenkte om skjerming på de to sykehusene, og det samme gjaldt for de to typer av poster.

5.3 Metodediskusjon

5.3.1 Utvalgets representativitet knyttet til generalisering

De 87 respondentene som fylte ut spørreskjemaet var stort sett jevnt fordelt på de demografiske variablenes verdier. Utvalget kan se ut til å være representativt i form av at det er en logisk spredning blant yrkesgruppene. Sykepleierne er den desidert største faggruppen ved at 47,1 % av utvalget er sykepleiere, noe som sammenfaller med hva Ruud et al. (2006) fant i sin studie. 50,6 % av utvalget oppgir å ha videreutdanning innen psykisk helsearbeid, et tall som er litt lavere enn 59 % som Ruud et al. (2006) fant. Jeg har ikke kunnet finne tall for andre yrkesgrupper i psykisk helsevern, men antall personer fra hver yrkesgruppe ellers i utvalget synes å ligne yrkesgruppens representasjon sammenlignet med erfaring fra egen praksis ved psykiatriske poster.

Når det gjelder kjønn, er det relativt mange menn som har svart (38,1 %). Dette kan nok ha sammenheng med at det er en større andel av menn i det psykiske helsevernet, sammenlignet med resten av helsevesenet. Alder er jevnt fordelt, med en liten overvekt i de yngre arbeidsgruppene. Dette kan ha sammenheng med at arbeid i det psykiske helsevernet, og da særlig innen akutt- og sikkerhetspostene tidvis kan være fysisk krevende, noe som vil gjøre det mer utfordrende for de eldste yrkesaktive aldersgruppene å arbeide der. Når det gjelder antall år arbeidserfaring, har over 80 % av utvalget to års arbeidserfaring fra psykisk

helsevern eller mer. Dette vil si at det ligger mye erfaring til grunn for empirien i denne undersøkelsen.

Når det gjelder hvilken type post de kommer fra, er det tilnærmet 50 % fra hver av postene akutt og langtids. Dette gir et godt sammenligningsgrunnlag. Når det gjelder sykehus er ca. 60 % av svarene fra Universitetssykehuset, mens ca. 40 % av svarene kommer fra lokalsykehuset. Dette stemmer greit med potensielle respondenter i populasjonen, selv om Lokalsykehuset hadde noe høyere svarprosent enn Universitetssykehuset (hhv. 32,4 % og 25,2 %).

Når det gjelder generalisering av data fra utvalget til populasjonen er det vanskelig å uttale seg om det. Man har ikke funnet noen statistikk over fordelingen av yrkesgrupper i psykiatriske poster i Norge, og det ble heller ikke bedt om en slik oversikt fra postene hvor undersøkelsen ble gjort. Vilkårlig utvelgning, som var utvalgsprosedyren i denne studien er en form for ikke-sannsynlighetsutvelgning, noe som vil si at hvert individ i populasjonen ikke har en kjent sannsynlighet for å bli trukket til utvalget (Lund, 2002a). Det finnes derfor en mulighet for at utvalget ikke er representativt, noe som gjør det vanskelig å generalisere statistisk til populasjonen. Man har ikke fullt ut kjennskap til hvem som ikke svarte, og det kan være egenskaper ved disse som gjør at de ikke svarer.

I utgangspunktet vil forhold som angår problemer med å generalisere resultatene til en populasjon representere svakheter med studien. Fordi dette er en pilotundersøkelse, forventes ikke slik krav å være fullt ut tilfredsstilt. Hensikten med pilotundersøkelser er i hovedsak ikke å kunne generalisere funnene til en populasjon, men heller å se om metoden kan være egnet til å gjøre generaliseringer når man utfører studien (Lund & Haugen, 2006; Polit & Beck, 2008). Utfordringer med generalisering er likevel noe man bør ta hensyn til før man utfører studien. Kanskje kan det være hensiktsmessig og samle inn bakgrunnsvariabler om postene, slik at man vet noe om hvem som ikke svarer. For eksempel er kanskje ikke svar fra 47,1 % sykepleiere tilfredsstillende dersom det arbeider over 90 % sykepleiere i posten. Det viktige er at man må betrakte resultatene av undersøkelsen med en viss varsomhet så lenge man ikke er sikker på utvalgets representativitet (Lund, 2002a).

5.3.2 Antall respondenter

Et annet tema som kan diskuteres er det lave antallet respondenter og utfordringer i forhold til data. Lavt antall respondenter gir andre utfordringer enn lav svarprosent. For eksempel er det i

denne studien blitt utført en faktoranalyse til tross for at metodelitteraturen anbefaler at man skal ha fem til ti ganger så mange svar som antall spørsmål i en skala (Pallant, 2010; Field, 2009). I dette tilfellet vil det si at man burde hatt 125-250 svar for å kunne gjøre en faktoranalyse av del 3 som hadde 25 spørsmål. Likevel, som vist i kapittel 3.4.1 er det mye som tyder på at kravene til å utføre en faktoranalyse er oppfylt i denne studien, og drøftingen gjøres ikke på nytt her.

Bias

En annen utfordring som kan knyttes til lav svarprosent og lavt antall respondenter, er at man kan få skjevhet i utvalget dersom for eksempel bare enkeltgrupper svarer (Polit & Beck, 2008). I kapittel 5.3.1 er det gjort en vurdering av utvalgets representativitet, og man antar at man ikke har fått noen stor skjevhet i dette utvalget.

5.3.3 Mulige årsaker til lav svarprosent

Den lave svarprosenten kan ha flere årsaker. På lokalsykehuset ble spørreskjemaene delt ut på et noe uheldig tidspunkt. Postene stod overfor store organisatoriske omstruktureringer, i tillegg til høyt pasientbelegg, noe som kan ha bidratt til at personalet ikke fant overskudd til å svare. Noen gav også tilbakemelding om at de ikke ønsket å besvare undersøkelsen fordi de ikke syntes at denne typen spørreundersøkelse var anonym nok. I tillegg ble en av postene lagt ned rett etter gjennomføringen av spørreundersøkelsen. På universitetssykehuset var det en av postene som ikke hadde så mye skjermingspraksis. Avdelingsleder trodde derfor at mange ikke hadde svart på grunn av at de hadde lite eller ingen erfaring med skjerming. Ved senere undersøkelser bør kanskje studenten sjekke grundigere hvorvidt valgt tidspunkt er et heldig tidspunkt å utføre undersøkelsen på, og om posten har erfaring med området som undersøkes.

Gjennomførbarhet – *feasibility*

Gjennomførbarhet har å gjøre med hvorvidt en undersøkelse er lett og rask å fylle ut, og om den er lett å forstå (Polit & Beck, 2008). Det kan diskuteres hvorvidt spørreskjemaet var svarvennlig. Metodelitteraturen anbefaler mye ”luft” mellom spørsmålene (Fink, 2009; Jacobsen, 2005; Polit & Beck, 2008). Spørreskjemaets fire siste sider er nokså tettskrevne, og man skal besvare 25 spørsmål på hver av de fire sidene. Noen kan kanskje ha tenkt at det så

for omfattende ut. Det kan diskuteres om årsaken til at såpass få valgte å svare har noe med gjennomførbarhet å gjøre, men det kom ingen tilbakemeldninger av denne karakter fra dem som hadde ansvaret for administrering av undersøkelsen.

Videre var det var lite missing data i materialet (jf. kapittel 3.4.3) noe som også kan tyde på at gjennomførbarheten av studien var akseptabel. Ut i fra tilbakemeldingene er det mye som tyder på at tidspunkt for undersøkelsen er det som hadde størst innvirkning på den lave svarprosenten. Likevel, dersom studien skal gjentas, bør det vurderes om man skal endre noe på spørreskjemaets layout. En annen endring som også kan gjøres er å informere enda grundigere om studien på forhånd. Slik informasjon kan være med på å vekke interessen for å svare (Polit & Beck, 2008).

5.3.4 Bruk av pasientcase

Bruk av case gir et bilde av miljøpersonellets tenkte handlingsmønster overfor den beskrevne pasienten. Case gir begrensninger i form av at man ikke får gitt alle relevante opplysninger forut for en situasjon, og det gir heller ikke mulighet til å innhente opplysninger her og nå, noe man vil gjøre i en klinisk hverdag. Man kan heller ikke generalisere til andre situasjoner, men man kan gjøre antakelser på grunnlag av casene. Antakelsene som er gjort i denne studien er at pasienter med psykotisk, truende atferd, og manisk, forvirret atferd har en viss sannsynlighet for å bli skjermet. Casene som er beskrevet gjenspeiler i følge klinikerne som deltok i pilottesten deres arbeidshverdag. Det er dermed ikke sagt at alle psykotiske pasienter har truende atferd, det er heller ikke slik at alle pasienter som lider av mani er så forvirret og oppløst at de trenger å skjermes. Man kan derfor kun gjøre antakelser, og ingen generelle konklusjoner kan trekkes på bakgrunn av materialet. Videre er det ikke gitt at selv om man ville ønske å skjerme disse pasientgruppene, at skjerming er den beste behandling for dem.

Casene gir også muligheter i form av at man kan få en pekepinn på hva respondentene ville ha gjort i praksis. Dersom man kan overføre Benners (1984) teorier om paradigmecase til pasientcase i denne konteksten, kan man anta at casene i spørreskjemaet gir oss nyttig kunnskap. Det Benner sier er at sykepleieren utøver sin praksis intuitivt gjennom å sammenligne den aktuelle situasjonen med tidligere erfaring (1984). Det samme vil sannsynligvis gjelde for etikkens bruk av kasuistikker, hvor man vurderer nåværende situasjoner i lys av tidligere erfaringer og lignende situasjoner (Ruyter et al., 2007). Dersom disse teoriene kan overføres til å gjelde for vurderingen av pasientcasene i spørreskjemaet, vil

man kunne tenke seg at man får en vurdering som er nokså relevant for praksis. Med andre ord vil vurderingene kanskje ligne på dem man ville fått i praksis, fordi casene setter i gang refleksjoner over tidligere lignende situasjoner man har vært i.

Benner's teorier omhandler sykepleieres kunnskapsutvikling (ibid), men man må kunne anta at andre yrkesgrupper vil utvikle seg fra noviser til eksperter på samme måte. Den muligheten man mister i en case sammenlignet med i den praktiske hverdagen, er muligheten til å innhente ytterligere informasjon som behøves for å gjøre en faglig god vurdering. Man må derfor huske på at respondentenes vurdering kun er gjort på bakgrunn av den informasjonen de fikk gjennom casene.

I arbeidet med spørreskjemaet har også casene gitt muligheter i form av at man har kunnet teste om spørreskjemaet er et egnet instrument for å skille mellom ulike case. Som vist i kapittel 5.2.3 er det mye som tyder på at instrumentet greide å skille mellom case.

5.3.5 Bruk av spørreskjema - muligheter og begrensninger

Spørreskjemaet kan gi en pekepinn på innholdet i skjermingspraksis. Tiltakene som ble gitt i spørreskjemaet var varierte nok til forhåpentligvis å kunne favne inn nyanser i skjermingspraksis. Det ble også åpnet for at man kunne føye til tiltak man savnet, men det var ikke mange som benyttet seg av den muligheten. Spørreskjema som metode, gir mulighet til å nå ut til mange og få svar fra mange. Det kan være en ulempe at man blir tvunget inn i en kategori når man svarer, samtidig som det letter analysearbeidet, og man kan trekke konklusjoner ut i fra et større materiale. Begrensninger kan være at man svarer ut i fra det man synes man burde gjøre, og ikke hva man faktisk gjør (Polit & Beck, 2008). Når man skal trekke konklusjoner rundt innholdet i skjerming, kan det derfor bli konklusjoner om hva man tenker skjerming ideelt sett er, i stedet for hva man faktisk gjør.

6 KONKLUSJON

Som vist i innledningen og litteraturgjennomgangen er skjermingsmetoden et uklart område. Hensikten med å gjøre denne studien, var å utvikle et spørreskjema som skulle være anvendelig til å kartlegge skjermingspraksis. Det var ønskelig og utforske innholdet i skjermingspraksis, samt se på om det fantes forskjeller mellom ulike typer avdelinger og ulike sykehus. Videre ønsket man å se om praksis var forskjellig når man sammenlignet tre ulike pasientcase.

Litteratursøk på studiens tema fremmet behovet for å utvikle et eget spørreskjema for å besvare studiens problemstilling og forskningsspørsmål. Det ble gjort brede litteratursøk, og spørreskjemaet er hovedsakelig teoretisk forankret i norsk sykepleielitteratur og forskningsartikler som omhandler skjermingsmetoden i Norge.

Spørreskjemaet som ble utviklet ble pretestet på en gruppe av eksperter og klinikere, og face-validity ble vurdert til å være god. Deretter ble spørreskjemaet pilottestet på et noe større utvalg av målgruppen, for å undersøke hvor egnet det var til å besvare problemstilling og forskningsspørsmål med tanke på målekvalitet. Pilottesten viste at det stort sett gikk greit å fylle ut spørreskjemaet, og det var lite missing i materialet. Det ville vært ønskelig med en høyere svarprosent enn hva man fikk, og tiltak i forhold til å øke svarprosent bør vurderes dersom det skal gjennomføres en senere studie med dette spørreskjemaet.

Resultatene og diskusjonen viser at spørreskjemaet på flere områder var egnet for å besvare problemstilling og forskningsspørsmål. Det var god spredning i materialet, og man fant signifikante forskjeller mellom avdelinger og sykehus på enkelte av faktorene.

Det ble sett på at man kunne fjerne et tiltak i spørreskjemaet og dermed øke den indre konsistensen. Det kan konkluderes med at spørreskjemaet bør revideres og deretter pilottestes på nytt med et større utvalg. Hovedfokus i denne testen bør være videre vurdering av validitet og reliabilitet. En pilotundersøkelse av type test-retest ville kunne være med på å undersøke reliabilitet ved å se på instrumentets stabilitet.

Implikasjoner for praksis

Denne studien var en pilotstudie, hvis hovedhensikt var å utvikle og teste ut et spørreskjema. Funnene basert på empirien i denne studien er følgelig bare antakelser, og det er ikke sikre

nok funn til at de kan ha noen implikasjoner for praksis. Det er behov for videre forskning på dette området.

Videre forskning

Fortsatt er det mange uklare aspekter ved skjermingspraksis, og det trengs videre forskning på temaet. Resultatene i denne pilotstudien kan tyde på at det ikke er så stor forskjell mellom de to sykehusene som ble inkludert, mens andre studier viser at det er store forskjeller på tvers av sykehus i Norge. Pasienter bør ha samme rett til behandling uansett hvor i landet de er, og behandlingen som tilbys bør i stor grad være den samme. Som denne pilottesten viser, kan det se ut til at man anvender ulike modeller for skjerming overfor ulike pasientgrupper. Det kunne vært interessant å identifisere ulike modeller for skjerming, og deretter teste ut hvilken skjermingsmodell som virker best i forhold til hvilken pasientgruppe. Kanskje kan man på sikt utvikle én eller flere modeller for skjerming, samt retningslinjer og standarder for gjennomføring av metoden i praksis.

Videre studier bør også søke å finne effekten av skjerming, og man burde inkludere flere grupper enn miljøpersonell i forskningen. Få studier er gjort i et behandlerperspektiv, og få er gjort i et brukerperspektiv.

Litteraturliste

- Aaslestad, P. (2007). *Pasienten som tekst. Fortellerrollen i psykiatriske journaler : Gaustad 1890-1990*. (2. utg ed.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Alty, A. & Mason, T. (1994). *Seclusion and mental health a break with the past*. (1st ed ed.) London ; New York: Chapman & Hall.
- Andersen, K. (2011). *Skjerming som metode i akuttpsykiatrisk avdeling - En studie av noen sykepleieres erfaring* Oslo: Universitetet i Oslo. Masteroppgave ved medisinsk fakultet. Institutt for helse og samfunn, avdeling for sykepleievitenskap.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert - excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, California: Addison-Wesley.
- Berg, Anne Siri, Fagermoen, May Solveig, Kobbenes, Torunn, and Kristoffersen, Sol (2001). Skjerming: Faglig omsorg og sykepleierens ansvar. *Tidsskriftet Sykepleien*, 15, 57-61.
- Berg, J. E., Johnsen, E., Restan, A., & Eikeseth, P. H. (2007). *Akuttpsykiatri for leger og sykepleiere*. Stavanger: Hertervig forlag.
- Bjerkan, A. M., Pedersen, P. B., & Lilleeng, S. (2009). *Brukerundersøkelse blant døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne 2003 og 2007*. (Rep. No. SINTEF - rapport 4/09). Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn.
- Bjørkly, S. (1995). Open-area seclusion in the long-term treatment of aggressive and disruptive psychotic patients, an introduction to a ward procedure. *Psychological Reports*, 76, 147-157.
- Blesvik, S., Diseth, R., Husum, T. L., Kogstad, R., Orefellen, H. J., & Thune, G. H. (2006). Menneskerettigheter også for psykiatriske pasienter i Norge? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 126, 1616-1618.
- Blomberg, W. (2002). *Galskapens hus. Internering og utskilling i Norge 1550-1850*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bowers, L., Alexander, J., Simpson, A., Ryan, C., & Carr-Walker, P. (2004). Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. *Nurse Education Today*, 24, 435-442.
- Bradburn, N. M., Wansink, B., & Sudman, S. (2004). *Asking questions the definitive guide to questionnaire design - for market research, political polls, and social and health questionnaires*. (Rev. ed ed.) San Francisco, Calif: Jossey-Bass.
- Bremnes, R., Bjørngaard, J. H., Hatling, T., & Waagan, T. E. (2007). Tvangsinnleggelser ved døgntbehandling i det psykiske helsevernet. In J.H.r.Bjørngaard (Ed.), *SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007* (pp. 103-133). Trondheim: SINTEF Helse.

- Bremnes, R., Hatling, T., & Bjørngaard, J. H. (2008). *Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007*. SINTEF helse.
- Debachere, M. C. (1995). Problems in Obtaining Grey Literature. *IFLA Journal*, 21, 94-98.
- Exworthy, T., Mohan, D., Hindley, N., & Basson, J. (2001). Seclusion: Punitive or protective? *Journal of Forensic Psychiatry*, 423-433.
- Fagermoen, M. S., Nord, R., Hanestad, B. R., & Bjørnsborg, E. r. (1998). *Fra kunst til kolikk norsk sykepleieforskning i fokus* [Computer software]. Oslo: Universitetsforl.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS (and sex and drugs and rock 'n' roll)*. (3rd ed ed.) Los Angeles, Calif: Sage.
- Fink, A. (2009). *How to conduct surveys: a step-by-step guide*. (4th ed.) California: SAGE Publications, Inc.
- Forskrift om bruk av skjerming i institusjoner (2006). Retrieved 7-8-2011, from <http://lovdata.no/for/sf/ho/to-20061215-1423-0.html#6>
- Forskrift om bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern (2000). Retrieved 12-10-2011, from <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20001124-1173.html>
- Foucault, M. (2000). *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Oslo: Bokklubben dagens bøker.
- Gamme, W. I. (2009). Skjerming med brukermedvirkning - Kan endring av skjermingspraksis øke pasienters tilfredshet? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 57, 453-459.
- Gunderson, J. G. (1983). An Overview of Modern Milieu Therapy. In J.G.Gunderson, O. A. Will, & L. R. Mosher (Eds.), *Principles and practice of milieu therapy* (pp. 1-13). New York: Jason Aronson, Inc.
- Haraldsen, G. (1999). *Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten* Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2010). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2009*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsetilsynet (2006). *Bruk av tvang i psykisk helsevern* (Rep. No. 4/2006). Helsetilsynet.
- Henriksen, A. T., Psykiatrisk opplysning, S., Rogaland, p. s., Forum for miljøterapeutisk utviklingsarbeid, Rogaland, p. s., & Forum for miljøterapeutisk utviklingsarbeid (2007). *Miljøterapi - en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*. (5. utg ed.) Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- Holte, J. S. (2001). *"Som en livbøye i et opprørt hav ..." skjerming - en teoretisk begrunnelse og praktisk gjennomføring* Elverum: Høgskolen i Hednmark.

- Holte, J. S. (2003). Skjerming - utvikling av en begrunnet praksis. In J.K.Hummelvoll (red.) (Ed.), *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien* (Oslo: Universitetsforl.
- Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (6. utg ed.) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Husum, T. L., Bjorngaard, J. H., Finset, A., & Ruud, T. (2010). A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC.Health Serv.Res.*, 10, 89.
- Husum, T. L., Bjorngaard, J. H., Finset, A., & Ruud, T. (2011). Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, 46, 893-901.
- Husum, T. L., Finset, A., & Ruud, T. (2008). The Staff Attitude to Coercion Scale (SACS): reliability, validity and feasibility. *International Journal of Law & Psychiatry*, 31, 417-422.
- Husum, T. L. & Hjort, H. (2009). Menneskerettigheter i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 1169-1174.
- Husum, T. L., Pedersen, P. B., & Hatling, T. (2005). *Analyse av tvang i psykisk helsevern* (Rep. No. STF78 A055022). SINTEF Helse.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (2. utg ed.) Kristiansand: Høyskoleforl.
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS*. (4. utg ed.) Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Karlsson, B. (2004). *Mani som fenomen og lidelse - pasient- og personalerfaringer som grunnlag for kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.
- Karlsson, B. (2006). "Jeg tror det var måten hun snakket til meg på" - erfaringsbasert pasientkunnskap fra en akuttpsykiatrisk post. *Klinisk sykepleie*, 20, 4-12.
- Kass, R. A. & Tinsley, H. E. A. (1979). Factor Analysis. *Journal of Leisure Research*, 11, 120-138.
- Keski-Valkama, A., Sailas, E., Eronen, M., Koivisto, A. M., Lonnqvist, J., & Kaltiala-Heino, R. (2007). A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 42, 747-752.
- Kleven, T. A. (2002a). Begrepsoperasjonalisering. In T.Lund (Ed.), *Innføring i forskningsmetodologi* (pp. 141-183). Oslo: Unipub forlag.
- Kleven, T. A. (2002b). Hvordan er begrepene operasjonalisert? - Spørsmålet om begrepsvaliditet. In K.Tveit, F. Hjordemaal, & T. A. Kleven (Eds.), *Innføring i pedagogisk forskningsmetode - en hjelp til kritisk tolking og vurdering* (Oslo: Unipub.
- Kringlen, E. (2007). *Norsk psykiatri gjennom tidene*. Oslo: Damm.

- Krogh, G. v. (2002). *Begreper i psykiatrisk sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kynoch, K. R. B. M. I. C., Wu, C.-J. R. B. M. I. C., & Chang, A. M. R. (2011). Interventions for Preventing and Managing Aggressive Patients Admitted to an Acute Hospital Setting: A Systematic Review. [Review]. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 8, 76-86.
- Lilleeng, S., Ose, S. O., Bremnes, R., Pedersen, P. B., & Hatling, T. (2009). *Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne* (Rep. No. 1/09). Trondheim.
- Løkensgard, I. (1977). *Psykiatrisk sykepleie*. (3. utg 2005 ed.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Løkensgard, I. (2005). *Psykiatrisk sykepleie*. (3. utg 1995, 5. opplag 2005 ed.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lorentzen, S., von Krogh, G., & Island, T. K. (1984). Problemer knyttet til skjerming av urolige pasienter. In P. Vaglum, S. Karterud, & J. Jørstad (Eds.), *Institusjonsbehandling i moderne psykiatri* (pp. 204-212). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lov om gjennomføring og etablering av psykisk helsevern (1999). Retrieved 7-8-2011, from http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-062.html&emne=psykisk*%20%2b%20helsevern*&&
- Lund, T. (2002a). Generaliseringsproblematikk. In T. Lund, K. A. Christophersen, T. A. Kleven, & T. Kvernbekk (Eds.), *Innføring i forskningsmetodologi* (Oslo: Unipub).
- Lund, T. (2002b). Metodologiske prinsipper og referanserammer. In T. r. Lund (Ed.), *Innføring i forskningsmetodologi* (pp. 79-124). Oslo: Unipub.
- Lund, T., Christophersen, K. A., Kleven, T. A., & Kvernbekk, T. (2002). *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub.
- Lund, T. & Haugen, R. (2006). *Forskningsprosessen*. Oslo: Unipub.
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S., & Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. [References]. *Psychological Methods*, 84-99.
- Meehan, T., Bergen, H., & Fjeldsoe, K. (2004). Staff and patient perceptions of seclusion: has anything changed? *Journal of Advanced Nursing*, 47, 33-38.
- Nord, R. (1998). Ulike typer design. In M. S. Fagermoen, R. Nord, B. R. Hanestad, & E. r. Bjørnsborg (Eds.), *Fra kunst til kolikk* (pp. 24-38). Oslo: Universitetsforlaget.
- Norvoll, R. (2007). *Det lukkede rom. Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter*. Oslo: Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo.
- Norvoll, R. (2008). *Delrapport 1. Brukerorienterte alternativer til tvang - en presentasjon av internasjonal og nasjonal litteratur*. (Rep. No. SINTEF Rapport A4572). Trondheim: SINTEF Helse.

- Norvoll, R. (2011). 5 Kunnskapsstatus med hensyn til skadevirkninger av tvang i det psykiske helsevernet. Utredning for Paulsrud-utvalget. In Helse- og omsorgsdepartementet (Ed.), *NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern* (pp. 367-379). Oslo: Departementenes servicesenter. Informasjonsforvaltning.
- Norvoll, R., Hatling, T., & Hem, K.-G. (2008). *Det er nå det begynner! : hovedrapport fra prosjektet Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus (BAT)* Trondheim: SINTEF.
- NOU 2011:9 (2011). *NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern* Oslo: Departementenes servicesenter. Informasjonsforvaltning.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. (2nd ed ed.) New York: McGraw-Hill.
- Nysveen, K., Nordby, K., Brattrud, T. L., & Granerud, A. (2011). *Miljøterapi i psykisk helsevern - et prosjekt verdig*. Vallset: Oplandske Bokforlag.
- Opjordsmoen, S. (2010). Utredning og intervensjon ved akutt psykose. In L.Nilsen, K. L. K. Bjørø, E. Wego, & I. r. Bredal (Eds.), *Det sårbare mennesket* (pp. 8-15). Stavanger: Hertevig Forlag.
- Pallant, J. (2010). *SPSS survival manual a step by step guide to data analysis using the SPSS program*. (4th ed ed.) Maidenhead: Open University Press.
- Pedersen, P. B., Hatling, T., & Røhme, K. (2006). Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003 og 2005. In (SINTEF A686.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. (8th ed ed.) Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Poulsen, H. D., Søndergård, L., Hansen, C., and Lindhardt, A. (2004). Psykiatriske patienters oplevelse af ophold i skærmede enheder. *Ugeskrift For Læger*, 167, 509-513.
- Prinsen, E. J. & van Delden, J. J. (2009). Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry? *Journal of Medical Ethics*, 35, 69-73.
- Robberstad, Hege (2009). Store geografiske forskjeller i bruk av tvangsmidler. http://www.helsedirektoratet.no/psykisk_helse_tjenesten/fagnytt/store_geografiske_forskjeller_i_bruk_av_tvangsmidler_340704
- Roberts, D., Crompton, D., Milligan, E., & Groves, A. (2009). Reflection on the use of seclusion: in an acute mental health facility. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 47, 25-31.
- Ruud, T., Gråwe RW, & Hatling, T. (2006). *Akuttpsykiatrisk behandling i Norge: resultater fra en multisenterstudie* Trondheim: SINTEF.
- Ruyter, K. W., Førde, R., & Solbakk, J. H. (2007). *Medisinsk og helsefaglig etikk*. (2. utg ed.) Oslo: Gyldendal akademisk.

- Sailas, E. & Fenton, M. (2000). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. [Review] [30 refs]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.(2):CD001163, 2000., CD001163.
- Sapnas, K. G. & Zeller, R. A. (2002). Minimizing sample size when using exploratory factor analysis for measurement. *Journal of Nursing Measurement*, 10, 135-154.
- Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrutter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W. et al. (2010). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. [Review]. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 45, 889-897.
- Stevens, J. (2002). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. (4th ed ed.) Mahwah, N.J: Erlbaum.
- Stortingsmelding nr.25 (1997). *Åpenhet og helhet* Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2007). Using multivariate statistics. 5th ed.
- Tveit, K., Hjardemaal, F., & Kleven, T. A. (2002). Innføring i pedagogisk forskningsmetode en hjelp til kritisk tolking og vurdering [Computer software]. Oslo: Unipub.
- Vaaler, A. E., Iversen, V. C., Morken, G., Flovig, J. C., Palmstierna, T., & Linaker, O. M. (2011). Short-term prediction of threatening and violent behaviour in an Acute Psychiatric Intensive Care Unit based on patient and environment characteristics. *BMC Psychiatry*, 11, 44.
- Vaaler, A. E., Morken, G., & Linaker, O. M. (2005). Effects of different interior decorations in the seclusion area of a psychiatric acute ward. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 19-24.
- Vaglum, P., Jørstad, J., & Karterud, S. (1984). *Institusjonsbehandling i moderne psykiatri fra et gruppeorientert til et individorientert terapeutisk samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vatne, S. & Fagermoen, M. S. (2007). To correct and to acknowledge: two simultaneous and conflicting perspectives of limit-setting in mental health nursing. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 14, 41-48.
- Vatne, S. (2003). *Korrigere og anerkjenne. Sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost*. Molde: Høgskolen i Molde.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wynaden, D., Chapman, R., McGowan, S., Holmes, C., Ash, P., & Boschman, A. (2002). Through the eye of the beholder: to seclude or not to seclude. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 260-268.

- Wynaden, D., Orb, A., McGowan, S., Castle, D., Zeeman, Z., Headford, C. et al. (2001). The use of seclusion in the year 2000: what has changed? *Collegian: Journal of the Royal College of Nursing, Australia*, 8, 19-25.
- Wynn, R. (2002). Medicate, restrain or seclude? Strategies for dealing with violent and threatening behaviour in a Norwegian university psychiatric hospital. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 287-291.
- Wynn, R. (2003). Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 453-459.
- Wynn, R., Kvalvik, A. M., & Hynnekleiv, T. (2011). Attitudes to coercion at two Norwegian psychiatric units. *Nordic Journal of Psychiatry*, 133-137.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Spørreskjema

Vedlegg 2 – Søknad om adgang til å gjennomføre forskningsprosjekt

Vedlegg 3 – Svar fra avdelingene

Vedlegg 4 – Godkjenning fra NSD

Vedlegg 5 – Godkjenning fra Personvernombudet

Vedlegg 6 – Operasjonaliseringsskjema

Forespørsel om å delta i et studentprosjekt:

Skjerming i psykisk helsevern

En kartleggingsstudie av skjermingspraksis

I forbindelse med masterutdanning i Sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo ønsker jeg å utføre en spørreundersøkelse blant miljøpersonell ved psykiatriske akuttposter og lukkede langtidsposter. Hensikten med spørreundersøkelsen er å finne ut hvilke tiltak som inngår i skjermingspraksis, og overfor hvilke pasientgrupper man velger skjerming som metode.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen. Ved formidling av resultatene blir ikke svar fra enkeltpersoner omtalt, og ingen vil vite hva du har svart. Ved å svare på spørsmålene samtykker du til å delta i undersøkelsen. Alle innsamlede opplysninger anonymiseres når prosjektet er fullført, senest innen juni 2011.

Spørreskjemaet er delt inn i tre deler. Først blir du bedt om å gi noen få opplysninger om deg, din fagbakgrunn og hva slags type avdeling du arbeider ved. I den andre delen får du først beskrevet tre pasienter og du vil deretter bli bedt om å vurdere aktuelle tiltak i forhold til pasientene i casene. I den tredje delen blir du bedt om å vurdere om noen tiltak er relevante i forhold til skjerming.

Det tar ca. 15-30 minutter å fylle ut spørreskjemaet. Resultatene vil bli formidlet til avdelingene.

Dersom du har spørsmål om undersøkelsen kan du kontakte meg – Siri Ødegaard Fossum på e-post s.o.fossum@studmed.uio.no eller telefon 400 71 820.

Det er Nina Aarhus Smeby, Forskningsleder/førsteamanuensis II ved Kompetansesenter for klinisk forskning ved Oslo universitetssykehus, Ullevål som er hovedveileder for prosjektet. Hun kan kontaktes på e-post nism@uus.no eller telefon 23 01 68 72.

Torleif Ruud, Professor II ved Universitetet i Oslo og avdelingssjef for FOU- avdeling psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus, er biveileder. Prosjektet er også en del av et større prosjekt om skjerming som ledes av ham i regi av Akuttnettverket.

Jeg håper at du ønsker å delta i denne spørreundersøkelsen og dermed bidrar til min masteroppgave ved Universitetet i Oslo!

Med vennlig hilsen

Siri Ødegaard Fossum
Sykepleier/student

DEL 1. Først skal du svare på noen spørsmål om deg selv.

Kjønn Mann ☐
 Kvinne ☐

Hvor gammel er du? Sett ett kryss.

18-25 år	26-35 år	36-45 år	46-55 år	Over 55 år
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilken type post arbeider du ved? Sett ett kryss. (Arbeider du ved begge typer avdeling kryss av for der du arbeider mest, og svar ut fra dette.)

Lukket langtidspost ☐
Akuttpost ☐

Hvilken faglig bakgrunn har du? Sett ett kryss.

Sykepleier	<input type="checkbox"/>
Vernepleier	<input type="checkbox"/>
Annen 3-årig høgskoleutdanning	<input type="checkbox"/>
Hjelpepleier	<input type="checkbox"/>
Assistent/miljøarbeider	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>

Har du videreutdanning i psykiatri, psykisk helsearbeid eller lignende? Sett ett kryss.

Ja ☐
Nei ☐

Annen relevant videreutdanning, vennligst spesifiser:

Hvor lenge har du arbeidet innen psykisk helsevern? Sett ett kryss.

Under 6 mnd	6-12 mnd	13-23 mnd	2-5 år	6-10 år	11-20 år	Over 20 år
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEL 2. Vurdering av tiltak for tre pasienter

I den følgende delen av undersøkelsen får du presentert beskrivelser av tre pasienter. Under hver av disse beskrivelsene får du presentert noen tiltak som kan være aktuelle. Det er ønskelig at du vurderer i hvilken grad hvert tiltak er relevant for den aktuelle pasienten, og svarer på dette ved å krysse av på en skala for hvert tiltak. Du skal her ikke tenke bare på skjermingspraksis, men på aktuelle tiltak i videre forstand sett i forhold til pasienten. Det er viktig at du svarer ut i fra det *du* mener er rett, ingen svar er riktige eller gale.

Pasient 1

Kristian er 22 år. Han er for tiden innlagt i psykiatrisk avdeling. Kristian er tydelig preget av angst. Han snakker usammenhengende, roper og fører høylydte samtaler med seg selv (med stemmer). Tilstanden eskalerer når pasienten ser på TV eller hører radio, han mener at mediene snakker direkte til ham. Mye tyder på at Kristian har en del hallusinasjoner, men han vil ikke si hva disse dreier seg om. En har uten hell forsøkt å få Kristian til å ta i mot medikamenter. Du banker på døra til Kristian, idet du åpner og går inn, kommer Kristian farende mot deg med hånda hevet. Men 1,5 meter fra deg bråstopper han. Han ser forvirret ut. Litt etter går han og setter seg på sengekanten.

Gå gjennom tiltakene nedenfor og vurder i hvilken grad hvert tiltak er relevant overfor Kristian.

Vennligst kryss av for ett alternativ for hvert tiltak.

	1	2	3	4	5
	Ikke relevant	Lite relevant	Noe relevant	Nokså relevant	Svært relevant
1. Oppfordre pasienten til å hvile på rommet i perioder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Holde pasienten på eget avsnitt med personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Holde pasienten på rommet med personale til stede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sørge for kontinuerlig tilsyn med pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se til pasienten ofte (for eksempel hvert 15 min)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Legge til rette for samtale med behandler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Holde pasienten fast fysisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Legge pasienten i belter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Administrere medisiner med tvang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Låse pasienten inne på rommet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Gå tur med pasienten i friluftsområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ikke la pasienten besøke butikker/offentlige steder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Legge til rette for aktiviteter med personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ikke la pasienten få tilgang til TV eller radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Begrense sterkt pasientens bruk av telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Gjøre situasjonen mer oversiktlig for pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ha klare regler for hva pasienten kan få gjøre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sørge for at personale er tilgjengelig for pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Begrense pasientens kontakt med familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Begrense pasientens kontakt med venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Begrense at pasienten får snakke i ett sett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Unngå å bli med pasienten i intens samtale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Formidle forståelse for pasientens sterke følelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Begrense pasientens kontakt med medpasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Avlede pasienten ved sterke følelsesutbrudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er det andre tiltak enn de ovenfor du synes er relevante? Vennligst spesifiser:

Pasient 2

Maja er 32 år. Hun er nylig innlagt i psykiatrisk avdeling. Den siste tiden har hun gitt uttrykk for en følelse av håpløshet. Hun er ambivalent i forhold til enkle valg, og hun virker ukonsentrert og tiltaksløs. Hun ligger ofte i fosterstilling i senga, mens andre ganger vandrer hun hvileløst frem og tilbake på rommet. Hun får i seg minimalt med ernæring, og hun sier ofte at hun at hun ikke orker mer. På spørsmål om hun har selvmordstanker bekrefter hun dette, og på spørsmål om hun har konkrete planer om selvmord trekker hun på skuldrene.

Gå gjennom tiltakene nedenfor og vurder i hvilken grad hvert tiltak er relevant overfor Maja.

Vennligst kryss av for ett alternativ for hvert tiltak.

	1	2	3	4	5
	Ikke relevant	Lite relevant	Noe relevant	Nokså relevant	Svært relevant
1. Oppfordre pasienten til å hvile på rommet i perioder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Holde pasienten på eget avsnitt med personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Holde pasienten på rommet med personale til stede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sørge for kontinuerlig tilsyn med pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se til pasienten ofte (for eksempel hvert 15 min)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Legge til rette for samtale med behandler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Holde pasienten fast fysisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Legge pasienten i belter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Administrere medisiner med tvang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Låse pasienten inne på rommet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Gå tur med pasienten i friluftsområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ikke la pasienten besøke butikker/offentlige steder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Legge til rette for aktiviteter med personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ikke la pasienten få tilgang til TV eller radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Begrense sterkt pasientens bruk av telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Gjøre situasjonen mer oversiktlig for pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ha klare regler for hva pasienten kan få gjøre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sørge for at personale er tilgjengelig for pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Begrense pasientens kontakt med familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Begrense pasientens kontakt med venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Begrense at pasienten får snakke i ett sett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Unngå å bli med pasienten i intens samtale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Formidle forståelse for pasientens sterke følelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Begrense pasientens kontakt med medpasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Avlede pasienten ved sterke følelsesutbrudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er det andre tiltak enn de ovenfor du synes er relevante? Vennligst spesifiser:

Pasient 3

Anna er 49 år. Hun har vært innlagt i avdelingen i flere uker. Den siste tiden har hun hatt et høyere og høyere aktivitetsnivå, med stadig skiftende stemningsleie. Siste uke har hun sovet minimalt, med ingen søvn de to siste døgn. Hun er tidvis agitert, og skriker og smeller med dørene til rommet sitt, men veksler fort tilbake til å være oppstemt med stor taleflom. Det er vanskelig for andre å slippe til i samtale med Anna. Hun kommer med en del ukritiske kommentarer, både til personalet og til medpasientene. Videre har det vært noen episoder hun har forsøkt å løpe nesten naken ut i korridoren. Forrige natt slo hun i dører og ropte høyt flere ganger, noe som forstyrret roen i avdelingen.

Gå gjennom tiltakene nedenfor og vurder i hvilken grad hvert tiltak er relevant overfor Anna.

Vennligst kryss av for ett alternativ for hvert tiltak.

	1	2	3	4	5
	Ikke relevant	Lite relevant	Noe relevant	Nokså relevant	Svært relevant
1. Oppfordre pasienten til å hvile på rommet i perioder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Holde pasienten på eget avsnitt med personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Holde pasienten på rommet med personale til stede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sørge for kontinuerlig tilsyn med pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se til pasienten ofte (for eksempel hvert 15 min)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Legge til rette for samtale med behandler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Holde pasienten fast fysisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Legge pasienten i belter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Administrere medisiner med tvang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Låse pasienten inne på rommet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Gå tur med pasienten i friluftsområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ikke la pasienten besøke butikker/offentlige steder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Legge til rette for aktiviteter med personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ikke la pasienten få tilgang til TV eller radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Begrense sterkt pasientens bruk av telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Gjøre situasjonen mer oversiktlig for pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ha klare regler for hva pasienten kan få gjøre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sørge for at personale er tilgjengelig for pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Begrense pasientens kontakt med familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Begrense pasientens kontakt med venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Begrense at pasienten får snakke i ett sett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Unngå å bli med pasienten i intens samtale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Formidle forståelse for pasientens sterke følelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Begrense pasientens kontakt med medpasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Avlede pasienten ved sterke følelsesutbrudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er det andre tiltak enn de ovenfor du synes er relevante? Vennligst spesifiser:

DEL 3. Vurdering av om ulike tiltak er en del av skjerming

Til slutt er det ønskelig at du skal vurdere begrepet skjerming. Hvilken relevans mener du følgende tiltak har i forhold til skjerming slik du forstår det?

Gå gjennom tiltakene nedenfor og vurder i hvilken grad hvert tiltak er relevant i forhold til begrepet skjerming. Vennligst kryss av for ett alternativ for hvert tiltak.

	1	2	3	4	5
	Ikke relevant	Lite relevant	Noe relevant	Nokså relevant	Svært relevant
1. Oppfordre pasienten til å hvile på rommet i perioder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Holde pasienten på eget avsnitt med personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Holde pasienten på rommet med personale til stede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sørge for kontinuerlig tilsyn med pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se til pasienten ofte (for eksempel hvert 15 min)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Legge til rette for samtale med behandler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Holde pasienten fast fysisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Legge pasienten i belter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Administrere medisiner med tvang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Låse pasienten inne på rommet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Gå tur med pasienten i friluftsområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ikke la pasienten besøke butikker/offentlige steder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Legge til rette for aktiviteter med personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ikke la pasienten få tilgang til TV eller radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Begrense sterkt pasientens bruk av telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Gjøre situasjonen mer oversiktlig for pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ha klare regler for hva pasienten kan få gjøre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sørge for at personale er tilgjengelig for pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Begrense pasientens kontakt med familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Begrense pasientens kontakt med venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Begrense at pasienten får snakke i ett sett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Unngå å bli med pasienten i intens samtale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Formidle forståelse for pasientens sterke følelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Begrense pasientens kontakt med medpasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Avlede pasienten ved sterke følelsesutbrudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Du kan skrive eventuelle forslag til andre tiltak bak på arket.

Tusen takk for at du tok deg tid til å besvare denne undersøkelsen!

Vedlegg 2 – Søknad om adgang til å gjennomføre forskningsprosjekt



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Side 1 av 2

Avdelingssjef
Avd. for

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Seksjon for sykepleievitenskap
Postboks 1153 Blindern
N-0318 OSLO

9. mars 2010

SØKNAD OM ADGANG TIL Å GJENNOMFØRE ET FORSKNINGSPROSJEKT VED AVDELING

Jeg har siden høsten 2008 studert ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag ved Universitet i Oslo. Studien fører frem til mastergrad i sykepleievitenskap. Til vanlig arbeider jeg som sykepleier ved Post 3C på Reinsvoll. Min hovedveileder er forskningsleder i sykepleie ved Senter for operativ forskningsstøtte, førsteamanuensis II Nina Aarhus Smeby, Ullevål universitetssykehus HF. Min biveileder er Torleif Ruud, Professor II ved Universitetet i Oslo og avdelingssjef for FOU- avdeling psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus. Dette prosjektet er også en del av et større prosjekt om skjerming som ledes av ham i regi av Akuttnettverket.

Som del av min masteroppgave skal jeg gjennomføre en empirisk studie hvor jeg ønsker å dele ut et spørreskjema som skal besvares av miljøpersonalet ved psykiatriske poster hvor skjerming praktiseres. Studiens arbeidstitel er "Skjerming i psykisk helsevern - En kartleggingsstudie av skjermingspraksis." Forskningsspørsmålet er følgende:

Hva legger miljøpersonalet ved psykiatriske poster hvor skjerming praktiseres, i begrepet skjerming, og hvordan praktiseres skjerming ved postene slik det beskrives av miljøpersonalet?

Skjerming er et tiltak som av og til benyttes i psykiatriske avdelinger. Skjermingspraksis reguleres av psykisk helsevernloven og skjermingsforskriften, og tiltaket må forankres i et vedtak fattet av ansvarlig lege ved posten. Skjerming som metode er omdiskutert. I Norge er metoden relativt lite utforsket siden 80-tallet, selv om selvsagt noen studier er gjort. Undersøkelser som er gjort viser at det er variasjoner mellom sykehusene og variasjoner mellom hver enkelt avdeling i hvordan skjerming praktiseres. På samling i Akuttnettverket (tidl. Netteverk for Akuttpsykiatri, NEFKA) våren 2009, kom det frem nettopp det at det mange av postene ønsker mer kunnskap om er skjerming. Flere uttrykte også interesse for at deres post kunne tenke seg å delta eventuelle studier om skjerming.

Denne studien har to hensikter. Den første er å teste vedlagte spørreskjema (vedlegg 1). Den andre hensikten er å se om spørreskjemaet kan vise noen tendenser som kan være med å kartlegge skjermingspraksis. Spørreskjemaet vil bli revidert i etterkant av pilottesten og forhåpentligvis bli brukt i en større undersøkelse. Jeg henviser forøvrig til prosjektbeskrivelsen for mer informasjon (vedlegg 2).

Spørreskjemaet er anonymt. Respondentene vil bli bedt om å svare på demografiske data, men data er ikke så detaljert at det skal være mulig å spore dem tilbake til enkeltpersoner. Jeg ønsker likevel å skille mellom de ulike avdelingene og de ulike sykehusene (ett sykehus til skal være med i denne undersøkelsen) og vil derfor kode skjemaene for eget bruk. Undersøkelsen tar mellom 15-30 minutter,



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Side 2 av 2

og det er ønskelig at alle som er miljøpersonal svarer, også de ufaglærte. Jeg vil trenge ca 30 svar fra [REDACTED].

Resultatet av studien vil bli publisert i en masteroppgave og en artikkel. Dersom ønskelig vil jeg komme tilbake til avdelingene med muntlig informasjon om resultatene fra undersøkelsen.

Prosjektet meldes i disse dager til Personvernombudet for forskning (gitt myndighet av Datatilsynet) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Jeg ønsker å begynne med spørreundersøkelsen i mars/april 2010 og håper derfor på et positivt og raskt svar. Hvis disse opplysningene ikke er tilstrekkelig kan jeg eller min veileder kontaktes. Studien vil bli igangsatt når aktuelle tillatelser foreligger.

Med vennlig hilsen

Siri Ødegaard Fossum

[REDACTED]

Telefon: [REDACTED] E-mail: [REDACTED]

Veileder:
Førsteamanuensis Nina Aarhus Smeby
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Seksjon for sykepleievitenskap
Postboks 1153 Blindern
0318 Oslo
Telefon: 23 01 68 72 E-mail: nism@uus.no

Vedlegg 1: Spørreskjema med informasjonsskriv til respondentene
Vedlegg 2: Prosjektbeskrivelse

Vedlegg 3 – Svar fra avdelingene

Fra: [REDACTED]
Sendt: 6. april 2010 15:12
Til: Torleif Ruud
Emne: SV: Deltakelse i undersøkelse om innhold i skjerming

Hei igjen.

Alle seksjonene blir med. Da setter vi bare i gang.

Mvh

Med vennlig hilsen

[REDACTED]
kst. avdelingssjef

[REDACTED]
Avdeling akuttpsykiatri

Tlf: [REDACTED] (sentralbord)

Tlf: [REDACTED] (direkte)

Mobil: [REDACTED]

E-Post: [REDACTED]

Web: [REDACTED]

P Tenk miljø ? Ikke skriv ut denne om det ikke er absolutt nødvendig!

Fra: Torleif Ruud
Sendt: 6. april 2010 11:23
Til: [REDACTED]
Kopi: [REDACTED]
Emne: VS: Deltakelse i undersøkelse om innhold i skjerming

Hei [REDACTED]

Har fått positivt svar på at alle de tre seksjonene på [REDACTED] blir med på denne undersøkelsen.

Har dere fått snakket sammen om dere blir med? Se nedenfor.

Det er bra om dette kan gjennomføres i løpet av april.

Hilsen Torleif

Fra: Torleif Ruud
Sendt: 22. mars 2010 09:24
Til: [REDACTED]
Kopi: 'Siri Ødegaard Fossum'
Emne: Deltakelse i undersøkelse om innhold i skjerming

Hei [REDACTED]

Jeg oppfordrer herved [REDACTED] avdelingen og [REDACTED] til å være med på en nyttig og lite arbeidskrevende undersøkelse om skjerming sett fra miljøpersonalet.

Siri Ødegaard Fossum (sykepleier ved Sykehuset Innlandet) holder på med en mastergradsstudie ved Universitetet i Oslo om hvordan en definerer innholdet i skjerming ved akuttavdelinger og andre lukkede avdelinger. Jeg er medveileder og har vært med på å utvikle hennes spørreskjema til miljøpersonale, der de blir bedt om å angi hvor relevante 25 ulike tiltak er overfor tre beskrevne pasienter og i forhold til begrepet skjerming.

Dette arbeidet vil sammen med litteraturgjennomgang og andre arbeider vi gjør i Akuttnettverket danne grunnlag for en klinisk studie om bruk av skjerming, som igjen skal legge grunnlag for en multisenterstudie om virkning av skjerming. Det vil også gi en sammenligning mellom hvordan en tenker om skjerming i henholdsvis akuttavdelinger og andre lukkede avdelinger. Med god deltakelse fra miljøpersonalet, kan Siri i mastergradsarbeidet gjøre psykometriske tester av spørreskjemaet og ferdigstille et spørreskjema som kan brukes videre i disse og andre undersøkelser.

Akuttavdeling og psykoaseavdeling på [REDACTED] er med på denne undersøkelsen, og [REDACTED] har nå mulighet til å være med som det andre sykehuset.

Det tar ca 15-30 minutter for hver ansatt å fylle ut spørreskjemaet, og det er ønskelig at dette kan gjøres i tidsrommet 6-20 april. Undersøkelsen innebærer ikke noen registrering om pasienter eller noe som skal følges opp flere ganger eller over tid. Undersøkelsen kan gjennomføres ved at en person koordinerer dette innen hver seksjon.

Avdelingene vil kunne få følgende igjen for å delta i undersøkelsen:

- bidrar til utvikling av et nyttig spørreskjema som kan måle dimensjoner på skjerming
- få tilbakemelding om gjennomsnittsskåring for hver seksjon for hver dimensjon
- får vite hvordan vurderingene ved seksjonen er sammenlignet med ved andre seksjoner
- synliggjør (gjennom publisering) at avdelingen og divisjonen deltar i fagutvikling og forskning

Tilbakemeldingen til avdeling og seksjoner kan skje i mai/juni under forutsetning av datainnsamling som foreslått.

Jeg vedlegger prosjektbeskrivelse og spørreskjema, som dere kan distribuere til seksjonsledere/ledergruppe. Ved positivt svar fra dere, vil jeg ordne med klarering fra personvernombudet ved [REDACTED].

Det ville være fint å få en beslutning i løpet av denne uka om deltakelse i denne undersøkelsen i april. Dersom det er ønskelig at Siri kommer på besøk før dere tar beslutningen, antar jeg at hun kan få til det.

Hennes mobiltelefonnummer er [REDACTED].

Mvh
Torleif

Torleif Ruud
Avdelingssjef/Professor

Akershus universitetssykehus HF
FOU-avdeling psykisk helsevern

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Web: www.ahus.no<<http://www.ahus.no>>

P Tenk miljø ? ikke skriv ut denne om det ikke er absolutt nødvendig!

-----Original Message-----

From: [REDACTED]
Sent: 2010-03-22 10:24
To: s.o.fossum@studmed.uio.no,
Subject: No subject

Hei Siri!

Du får selvfølgelig lov til å dele ut spørreskjema på [REDACTED] - flott at du jobber med temaet skjerming :-)

Det kan være litt vanskelig å finne meg på [REDACTED] for å få min underskrift, men legg igjen skjemaet hos [REDACTED], så sørger hun for at jeg signerer så fort jeg er innom
Jeg er på [REDACTED] i dag, mandag, torsdag og fredag ([REDACTED] er ikke her på fredag)

mvh
[REDACTED]

Vedlegg 4 – Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Nina Aarhus Smeby
Institutt for sykepleievitenskap
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 16.04.2010

Vår ref: 23944 / 3 / RKH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.03.2010. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 12.04.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

23944	<i>Skjerming i psykiske helsevern. En kartleggingsstudie av skjermingspraksis</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Nina Aarhus Smeby</i>
Student	<i>Siri Ødegaard Fossum</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.


Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.


Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henriksen


Ragnhild Kise Haugland


Kontaktperson: Ragnhild Kise Haugland tlf: 55 58 83 34
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Siri Ødegaard Fossum, Østvollveien 272, 2830 RAUFOSS

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kjrr.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

23944

Utvalget består av helsepersonell ved utvalgte psykiatriske poster ved to sykehus., totalt ca. 350 personer. Studenten oppretter selv førstegangskontakt med utvalget etter avtale med avdelingsledelsen.

Opplysningene samles inn gjennom spørreskjema. Det tas høyde for at innholdet i spørreskjema kan være indirekte identifiserende for enkelte.

Utvalget får skriftlig informasjon om prosjektet, og de som ønsker å delta samtykker ved å besvare og returnere spørreskjema. Informasjonsskrivet som forelå 12.04.2010 er godt utformet forutsatt at det også informeres om at innsamlede opplysninger skal anonymiseres når prosjektet er fullført, senest innen juni 2011.

Innsamlede opplysninger registreres på privat PC, og Personvernombudet legger til grunn at bruk av privat PC er i tråd med Universitetet i Oslo sine rutiner for datasikkerhet.

Senest innen prosjektslutt, 01.06.2011, skal datamaterialet anonymiseres ved at indirekte identifiserende bakgrunnsvariabler slettes eller omskrives/kategoriseres slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.

Vedlegg 5 – Godkjenning fra Personvernombudet

-----Original Message-----

From: Grimnes Helge <Helge.Grimnes@ulleval.no>,
Sent: 2010-04-19 13:18
To: 'Siri Ødegaard Fossum' <s.o.fossum@studmed.uio.no>,
Subject: SV: Informasjonsskriv

Hei

Takk for forenklet melding om studentprosjekt som UiO er ansvarlig for.
Studien kan personvernmessig tilrådes internt ved [REDACTED].
Saksnummer hos personvernombudet for forskning ved [REDACTED] er [REDACTED].

Lykke til med studien!

Mvh.
Helge Grimnes
Personvernrådgiver

Kompetansesenter for personvern og sikkerhet
Oslo universitetssykehus HF
IT-avdelingen

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

www.uus.no/personvern
Praktisk veileder til personvern
i medisinsk forskning

IKKE SENSITIVT INNHOLD

Vedlegg 6 - Operasjonaliseringsskjema

Dimensjon/tema i litteratur:	Kilde	Mulige operasjonaliseringer/spørsmål
Stimulusbegrensning	<p>Stimulusdosering (Krogh, 2002)</p> <p>Organiserte hviletider (Krogh, 2002)</p> <p>Frivillig skjerming (Vatne 2006)</p> <p>Teorier om stimulusbegrensning (Strand 1990, Vatne 2006, Krogh 2002, Norvoll 2007).</p> <p><i>En viktig måte å behandle overstimulering på, er å regulere pasientens omgivelser, slik at han ikke utsettes for flere stimuli samtidig, og at mengden stimuli reduseres til et minimum. Her fremheves det spesielt at denne stimulusreduksjonen kan oppnås ved at pasienten skjerms og at bare ett personalmedlem på hvert skift er sammen med pasienten. Det er av betydning at pasienten har få ting å forholde seg til, få møbler, lite klær, få bøker, blader og aviser. Pasienten skal heller ikke høre radio eller se på fjernsyn, fordi det vil forverre tilstanden. (Krogh, 2002).</i></p> <p>Tanke om at stimulusbegrensning skal virke ego-samlende for den kaotiske og oppløste, psykotiske pasienten (Strand, 1990).</p> <p>Innskrenkninger i forbindelse med omverdenen – vedtakskrevende (Psykisk helsevernloven § 4-5).</p> <p>Skjerming skal være stimulusbegrensende (Lorentzen 1984)</p>	<p>Ikke la pasienten besøke butikker/offentlige steder</p> <p>Ikke la pasienten få tilgang til TV eller radio</p> <p>Begrense sterkt pasientens bruk av telefon</p> <p>Begrense pasientens kontakt med familie</p> <p>Begrense pasientens kontakt med venner</p> <p>Begrense pasientens kontakt med medpasienter</p> <p>Oppfordre pasienten til å hvile på rommet i perioder</p>
Grensesetting	<p>Norvoll (2007) fant at stimuliideologien ble knyttet til de fysiske egenskapene ved skjermingsrommet.</p> <p>Tradisjonelt skulle skjermingsrommets interiørmessige utforming redusere stimuli.</p> <p>Skjerming har elementer av grensesetting og struktur (Lorentzen 1984).</p> <p>Skjerming kan sees på som en forlengelse av grensesetting (Strand 1990).</p> <p>Skjerming som struktur, grensesetting og korrigering av atferd (Norvoll 2007)</p> <p>Tiltak som krever fattering av vedtak, men som har med begrensning og gjøre.</p> <p>Grensesettingen var viktigst i forhold til utadrettede og urolige pasienter, og formålet var å sikre rolig atferd (Norvoll 2007)</p> <p>Eksempler på type atferd hvor grensesetting kan være nødvendig, er <i>destruktiv atferd</i> som i sin fysiske form ofte vil si vold mot personer og inventar, selv om det destruktive kan være av mer psykologisk karakter (Vatne 2003).</p>	<p>Ikke la pasienten besøke butikker/offentlige steder</p> <p>Ha klare regler for hva pasienten kan få gjøre</p> <p>Begrense at pasienten får snakke i ett sett</p> <p>Unngå å bli med pasienten i intens samtale</p> <p>Begrense sterkt pasientens bruk av telefon</p> <p>Begrense pasientens kontakt med familie</p> <p>Begrense pasientens kontakt med venner</p> <p>Ha husregler</p>
Tvangsmidler	<p>Forskrift om bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern 2000 § 3.</p> <p>Rapporter fra SINTEF som viser at pasientene også blir utsatt for andre former for tvang mens de er skjermet.</p> <p>Seclusion-litteraturen. Isolat ligner på seclusion, tenkes det på som noe av det samme som skjerming?</p>	<p>Holde pasienten fast fysisk</p> <p>Legge pasienten i belter</p> <p>Administrere medisiner med tvang</p> <p>Låse pasienten inne på rommet - isolere</p>
Tilsyn/rom	Skjerming kan ses på som et rommessig tiltak (Norvoll 2007).	Sørge for at personale er tilgjengelig for

Tilsyn/rom	<p>Tenker man på skjerming som noe som har med tilsyn og gjøre?</p> <p>Det skal alltid være helsepersonell til stede når det er nødvendig, men dersom pasienten ønsker å være alene skal helsepersonellet forlate rommet dersom tilstedeværelse ikke vurderes nødvendig, jf. Skjermingsforskriften § 7, tredje ledd (2006).</p> <p>Viktighet at skjerming foregår i arkitektonisk egnede lokaler som gir pasienten mulighet til å regulere nærhet og avstand ut i fra egne behov (NOU 2011:9)</p> <p>Vanlige tilsynsbegreper som kontinuerlig tilsyn og intervalltilsyn for å sikre at man har noe relevant å svare på casene.</p> <p>Vaaler, Morken og Linaker (2005) fant i sin studie av skjermingsrommet at det ikke ser ut til å være noen hensikt å ha sparsomt innredede enheter.</p> <p>Et vedlikeholdt rom med fine, avstemte farger og gardiner virker mer imøtekommende og gir et signal om at man har kontroll til å opprettholde det fine miljøet sammen (Henriksen et al., 2007).</p>	<p>pasienten</p> <p>Se til pasienten ofte (for eksempel hvert 15 min)</p> <p>Sørge for kontinuerlig tilsyn med pasienten</p> <p>Holde pasienten på eget avsnitt med personale</p> <p>Holde pasienten på rommet med personale til stede</p>
Miljøterapi	<p>Nyere forskning viser at utviklingen går mot et vidt skjermingsbegrep, i stedet for innelukkning på rom (Norvoll, Hatling, & Hem, 2008)</p> <p>Miljøet er ikke automatisk terapeutisk, men man må skape terapeutiske elementer gjennom å etablere utviklingsfremmende relasjoner og systemer (Vatne, 2006).</p> <p>Intervensjonen <i>containment</i> kunne anvendes både overfor pasienter som har en atferd som er vanskelig å korrigere, som har en utagerende atferd eller som har selvskadingsatferd. I tillegg kan pasienter i aktiv psykose som er forvirrede og impulsive ha nytte av intervensjonen (Gunderson 1983) - containment mest relevant for skjermingsmetoden. Containmentmetoden er svært viktig overfor pasienter med stor psykisk uro, aggresjon, suicidalitet, selvdestruksjon, psykose og manier.</p> <p>Skjerming ute: Tanken er at uteomgivelsene tidvis kan være langt fredeligere enn en psykiatrisk avdeling, og at å gå i en jevn rytme også kan ha en beroligende og samlende effekt (Strand 1990).</p> <p>Gamme (2009) fant i sin studie hvor det settes fokus på brukermidvirkning for skjermede pasienter, at økt dialog med pasienten, færre strenge rammer, mer informasjon, hyppigere legebesøk og mer fleksibilitet i stedet for stramme husregler var positivt for pasientenes opplevelse av skjerming.</p> <p>Avmaktsopplevelser, rigide regler, manglende kommunikasjon og innflytelse på sin egen behandling kan lede til sinne og frustrasjon (Norvoll, 2007).</p> <p>Pasientene savner informasjon om hvorfor man er skjermet (Poulsen et al. 2004, Karlsson 2002)</p> <p>Pasientene savner mer kommunikasjon, og samtaler med behandler (Poulsen et al. 2004)</p>	<p>Gå tur med pasienten i friluftsområde</p> <p>Legge til rette for aktiviteter med personale</p> <p>Gjøre situasjonen mer oversiktlig for pasienten</p> <p>Formidle forståelse for pasientens sterke følelser</p> <p>Avlede pasienten ved sterke følelsesutbrudd</p> <p>Legge til rette for samtale med behandler</p> <p>Oppfordre pasienten til å hvile på rommet i perioder</p> <p>Ha klare regler for hva pasienten kan få gjøre</p> <p>Legge til rette for terapeutisk samtale med pasienten</p> <p>Tilby eventuelmedisin</p> <p>Ha husregler</p>